



HAL
open science

Apaisement, adaptabilité, et sensorialité en (pédo)psychiatrie

Lou Radigois

► **To cite this version:**

Lou Radigois. Apaisement, adaptabilité, et sensorialité en (pédo)psychiatrie. Architecture, aménagement de l'espace. 2022. dumas-03844781

HAL Id: dumas-03844781

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03844781v1>

Submitted on 9 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

APAISEMENT, ADAPTABILITÉ ET SENSORIALITÉ EN (PÉDO)PSYCHIATRIE

LOU RADIGOIS

Mémoire de recherche sous la direction de Marine Royer.
Master Design, Innovation et Société.
Université de Nîmes, 2021-2022.

APAISEMENT, ADAPTABILITÉ ET SENSORIALITÉ EN (PÉDO)PSYCHIATRIE

LOU RADIGOIS

Mémoire de recherche sous la direction de Marine Royer.
Master Design, Innovation et Société.
Université de Nîmes, 2021-2022.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	9
Résumé	10
Abstract	11
Table des figures	12
Introduction	14
Chapitre 1 :	
De l'isolement à l'espace d'apaisement : cadre théorique	18
1. L'isolement et la contention en psychiatrie.....	19
1.1. Contexte historique	19
1.2. Définitions et description	22
2. Les controverses	24
2.1. Une efficacité thérapeutique mise en cause	24
2.2. Mesure punitive ?	25
2.3. Une déshumanisation des soins	26
2.4. Le vécu des patients	26
2.5. Le vécu des soignants	27
2.6. Différentes amorces pour une amélioration	28
3. Des espaces d'apaisement pour réduire le recours à la contrainte	29
3.1. Qu'est-ce qu'un espace d'apaisement ?	29
3.2. Les effets des espaces d'apaisement sur l'état des patients	30
3.3. L'espace d'apaisement du lab-ah : démarche et objectifs	32
3.4. L'espace d'apaisement du lab-ah : retour d'expérience	35
4. Le cas particulier des enfants atteints du trouble du spectre de l'autisme en pédopsychiatrie	42

4.1. Définition du Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA)	42
4.2. Objets contenant, objets de sécurisation : quelles alternatives à la contention pour l'enfant atteint du TSA ?	43
4.3. Espaces hypostimulants, espaces hyperstimulants : quelles alternatives à l'isolement pour l'enfant atteint du TSA ?	44
4.4. Recommandations architecturales	45
Conclusion	49
Chapitre 2 : Design et santé : cadre méthodologique	50
5. Le cadre du stage	51
5.1. Présentation du lab-ah : laboratoire de l'accueil et de l'hospitalité	51
5.2. Présentation de la recherche-projet	52
6. Les méthodes de design	54
6.1. Le design d'innovation sociale	54
6.2. Le design & care	55
6.3. Le design participatif en santé	56
6.4. Le design participatif auprès des enfants	59
7. Description des méthodes utilisées dans la recherche-projet	61
7.1. Les rôles attribués	61
7.2. Immersion, observations et échanges	61
7.3. L'état de l'art et la revue de littérature collaborative	63
7.4. Les ateliers de co-conception avec les enfants	63
7.5. La méthode d'évaluation	67
Conclusion	69
Chapitre 3 : La salle de retour au calme, entre adaptabilité et sensorialité : résultats et analyse	70
8. Analyse des résultats liés aux méthodes de co-conception	71

8.1. Les interactions avec les enfants	71
8.2. La collaboration avec l'équipe soignante et pédagogique	72
9. Analyse des résultats de l'enquête	75
9.1. Les usages et les ressentis des enfants concernant la salle actuelle de retour au calme	75
9.2. Les ressentis de l'équipe soignante et pédagogique concernant la salle de retour au calme actuelle	78
9.3. La place du sensoriel dans la nouvelle salle de retour au calme	78
9.4. Le traitement de l'acoustique et du son	80
9.5. Se cacher et se sentir contenu	81
9.6. S'immerger dans un univers	83
9.7. Accueillir l'épuisement et susciter l'apaisement par le toucher	86
9.8. Le cahier d'intention	88
Conclusion	93
Conclusion générale	95
Glossaire	98
Bibliographie	100
Annexes	108
Annexe 1 — État de l'art collaboratif	108
Annexe 2 — Revue de littérature collaborative	111
Annexe 3 — Propositions d'ateliers	118
Annexe 4 — Description des ateliers	119
Annexe 5 — Fiches d'observation	121
Annexe 6 — Questionnaire d'évaluation	125
Annexe 7 — Retour d'immersion	126
Annexe 8 — Scénario d'usage de la salle de retour au calme	129
Annexe 9 — Compte-rendu des ateliers	130
Annexe 10 — Cahier d'intention	138

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens à remercier ma famille et mes proches qui m'ont accompagnée, encouragée et soutenue tout au long de la création de ce mémoire, notamment dans les moments difficiles et hautement dosés en stress.

Un énorme merci à Marie Coirié et Carine Delanoë-Vieux ainsi qu'à toute l'équipe du lab-ah qui m'ont accueillie dans leur équipe à bras ouverts. Merci à eux pour le partage de leurs connaissances, de leurs méthodes, de leurs terrains d'expérimentations, mais aussi pour m'avoir fait confiance afin d'intégrer le projet passionnant que j'aborde dans cet écrit. Un merci spécial à Carine Delanoë-Vieux qui n'a pas hésité à partager avec moi ses recherches et ses réflexions liées à sa thèse.

J'ai également envie de remercier Evelyne Calzетtoni, professeure en DSAA à La Martinière Diderot (ESAA) qui m'a fait découvrir le lab-ah, et sans qui je n'aurais pas pu nourrir ma passion pour le design & care.

Je remercie également Marine Royer, ma directrice de mémoire, qui m'a guidée et conseillée durant la rédaction de ce mémoire. Merci à l'équipe pédagogique du Master Design, Innovation et Société, qui m'a permis de nourrir ma réflexion sur le design et ses méthodes.

RÉSUMÉ

Dans le milieu psychiatrique, les pratiques soignantes ont depuis toujours été discutées et remises en question. L'isolement d'un patient dans une pièce ou le fait d'avoir recours à la contrainte et à la contention sont utilisés quotidiennement mais divisent les opinions quant à leur efficacité et leur nécessité. Des alternatives commencent à voir le jour dans le but de diminuer ces pratiques voire de les remplacer. Ainsi, des espaces se développent mettant en avant l'hospitalité, l'apaisement et la sensorialité dans le but de redonner de la dignité, de l'autonomie et du pouvoir d'agir aux patients adultes comme aux patients enfants. Dans ce mémoire, nous proposons un cadre de réflexion théorique et pratique autour de ces espaces qui aident à prévenir la crise ou à la gérer, et de la manière dont le designer peut s'approprier ces questionnements grâce à ses méthodes créatives et collaboratives.

Isolement - Contention - Espace d'apaisement - Espace de retrait - Empowerment - Méthodes collaboratives

ABSTRACT

In the psychiatric setting, care practices have always been discussed and questioned. Isolating a patient in a room or using restraint are used on a daily basis but divide opinions as to their effectiveness and necessity. Alternatives are beginning to emerge with the aim of reducing or even replacing these practices. Thus, spaces are being developed that emphasise hospitality, soothing and sensoriality with the aim of restoring dignity, autonomy and empowerment to both adult and child patients. In this thesis, we propose a framework for theoretical and practical reflection on these spaces that help to prevent or manage crises, and on the way in which the designer can appropriate these issues through his creative and collaborative methods.

Isolation - Restraint - Soothing space - Time out space - Empowerment - Collaborative methods

TABLE DES FIGURES

- Fig. 1** - Espace *Snoezelen*, Pétrarque l’empreinte sensorielle.
- Fig. 2** - Prototype d’espace d’apaisement, GHU Paris, Hôpital d’Avron, secteur 75G28, (2020) Catherine Boiteux, Marie Coirié, Carine Delanoë-Vieux, Coline Fontaine, Jeanne Sintic, Laëtitia Thomas, Beata Iwanczuk.
- Fig. 3** - Les vignettes de l’espace d’apaisement, Hôpital d’Avron, (2022), Lou Radigois.
- Fig. 4** - Les périmètres de prévention des situations de crise, (2022), Lou Radigois.
- Fig. 5** - *La machine à câlins*, (années 1990), Temple Grandin.
- Fig. 6** - Fauteuil OTO, (2017), Alexia Audrain.
- Fig. 7** - *Papoose board*, planche de contention, (années 2000).
- Fig. 8** - Exemple de salle d’hypostimulation avec revêtement de tapis, Nenko.
- Fig. 9** - *Madlove : a designer asylum*, (2015), James Leadbitter.
- Fig. 10** - *Ateliers Ré-confort*, (2021), Sophie Larger.
- Fig. 11** - Pages extraites du *Good design playbook*, (2020), APF France Handicap & Groupe SEB.
- Fig. 12** - Extraits de prises de notes pendant l’immersion, (février 2022), Carine Delanoë-Vieux, Anne-Lise Vernejoul, Lou Radigois.
- Fig. 13** - Extraits de prises de notes pendant la réunion sur les ateliers, (27 avril 2022), Lou Radigois.
- Fig. 14** - Installation de l’atelier « sons, lumières et volumes », (mai 2022).
- Fig. 15** - Installation de l’atelier « espaces de retrait », (mai 2022).
- Fig. 16** - Installation de l’atelier « images d’atmosphères », (mai 2022).
- Fig. 17** - Installation de l’atelier « créer son accessoire relaxant », (mai 2022).
- Fig. 18** - Extraits de prises de notes pendant les ateliers, (mai 2022), Anne-Lise Vernejoul, Lou Radigois.
- Fig. 19** - Prises de notes communes pendant les échanges concernant l’état de l’art, (mars 2022).
- Fig. 20** - Photos de la salle de retour au calme, (27 avril 2022).
- Fig. 21** - Canapé *Furny*, Funzy.
- Fig. 22** - Cabane utilisée par un enfant, (mai 2022).
- Fig. 23** - Salle d’apaisement, (2019), SportSystems.
- Fig. 24** - *Experience Lab*, (2012), Marie Rouillon.
- Fig. 25** - *Washed up fingers*, (2005), Emma Donovan.
- Fig. 26** - *Punch’n cuddle*, (2010), Brit Leissler.
- Fig. 27** - *Do it chair*, (2000), Marjin Van Der Poll.

Fig. 28 - *Tapioca Toys*, (2017), Userstudio.

Fig. 29 - Aménagement de la salle de retour au calme, (juillet 2022), Lou Radigois, Anne-Lise Vernejoul, GHU Paris psychiatrie et neurosciences.

Fig. 30 - Idées pour se décharger, (juillet 2022), Lou Radigois, Anne-Lise Vernejoul, GHU Paris psychiatrie et neurosciences.

Fig. 31 - Idées pour se réfugier, (juillet 2022), Lou Radigois, Anne-Lise Vernejoul, GHU Paris psychiatrie et neurosciences.

Fig. 32 - Idées pour s’apaiser, (juillet 2022), Lou Radigois, Anne-Lise Vernejoul, GHU Paris psychiatrie et neurosciences.

INTRODUCTION

Dans le milieu psychiatrique, les patients éprouvent de nombreuses émotions négatives et ont du mal à atteindre un mieux-être. Leurs ressentis se traduisent de manière physique, par de l'agitation, des gestes et des actes auto ou hétéro agressifs¹, ou encore par des états de dysphorie² pouvant mener à des crises. Les principales solutions mises en place pour atténuer et gérer leurs émotions et les comportements qui en découlent sont majoritairement d'ordre médicamenteuses et coercitives³. La lecture scientifique a cependant révélé que les méthodes de soin actuelles en psychiatrie ont des limites et leur efficacité est remise en cause (Carré et al., 2017 ; Guivarch, 2016 ; Guivarch & Cano, 2013 ; Kersting et al., 2019 ; Nelstrop et al., 2006 ; Palazzolo, 2004). De ce fait, nous assistons de plus en plus à l'apparition de nouvelles méthodes et de nouveaux dispositifs se voulant plus éthiques et respectant la dignité et le consentement des patients. Ainsi, des études sont menées dans le but d'expérimenter des espaces d'apaisement. Ceux-ci semblent avoir un réel potentiel dans la réduction du niveau d'anxiété des patients ainsi que dans la favorisation de leur bien-être (Carré et al., 2018 ; Guivarch, 2016 ; Kersting et al., 2019 ; Wigglesworth & Farnworth, 2016). Le but est de réduire l'utilisation de la contention et des chambres d'isolement, puis à terme, de remplacer ces dernières par des espaces d'apaisement.

Du côté de la pédopsychiatrie, il existe différents types de méthodes, de dispositifs et d'espaces ayant pour objectif de gérer les crises des enfants porteurs de troubles tout en diminuant au maximum l'utilisation de la contrainte (Bellusso et al., 2017 ; Jean Lefèvre-Utile, 2021 ; Mostafa, 2018).

Le design & care⁴ est un domaine du design s'intéressant au soin et à l'amélioration du vécu et du quotidien des patients, des proches, et des soignants. Il paraît alors important de questionner la place que peut prendre le designer dans la création de nouveaux espaces accueillants, apaisants et qui accompagnent les patients dans des moments de mal-être ou de difficulté, en psychiatrie et en pédopsychiatrie.

1 Voir le glossaire p. 98

2 Ibid.

3 Ibid.

4 Ibid.

Nous formulons alors notre question de recherche sous cette forme :

De quelles manières le design peut-il aider à améliorer les pratiques de soin liées à la contrainte et à l'isolement en psychiatrie, tout en favorisant l'apaisement ?

Ainsi, nous émettons trois hypothèses pour répondre à cette problématique :

- *Le designer peut améliorer les pratiques de soins en psychiatrie grâce à des méthodes de projet collaboratives et participatives. Ces pratiques permettent d'inclure les patients et les équipes soignantes dans l'élaboration de nouveaux dispositifs.*
- *Le designer peut contribuer à transformer les chambres d'isolement en « espaces d'apaisement », de manière à prévenir l'agitation et les crises tout en respectant le consentement et la dignité du patient, grâce aux valeurs d'hospitalité et aux dimensions sensorielles.*
- *Le designer peut contribuer à créer des espaces apaisants agréables permettant de se défouler puis de s'apaiser en aval de crises pour les enfants atteints du TSA⁵, grâce au principe d'adaptabilité et aux dimensions sensorielles.*

Afin de répondre à ce questionnement, nous étudierons et analyserons le concept des espaces d'apaisement ainsi que les méthodes de conception collaborative dans le domaine de la santé. Par ailleurs, nous exploiterons un projet dans lequel nous nous sommes impliquées lors d'un stage de 5 mois et demi (de février à mi-juillet 2022) au sein du lab-ah, le laboratoire de l'accueil et de l'hospitalité, implanté au GHU (Groupe Hospitalier Universitaire) Paris psychiatrie et neurosciences. Le projet a pour but d'améliorer la salle de retour au calme de l'hôpital de jour Picot (16e arr. Paris), accueillant des enfants de 6 à 12 ans atteints du TSA. Cet espace a pour rôle d'accompagner la gestion des crises en permettant à l'enfant de décharger son énergie et sa colère, mais aussi d'amener à l'apaisement suite à la crise.

5 Trouble du Spectre de l'Autisme.

La question de projet se traduit alors de cette manière :

Comment concevoir de manière collaborative des espaces de retrait et de gestion de crise favorisant l'apaisement dans le but d'améliorer les pratiques de soins en pédopsychiatrie auprès d'enfants atteints du TSA ?

Dans le premier chapitre, nous procédons à une clarification conceptuelle et théorique de notre objet d'étude. Il s'agit de comprendre le système psychiatrique en établissement hospitalier et d'étudier le rôle des mesures coercitives, plus particulièrement l'isolement, sur le bien-être du patient, ainsi que d'étudier les différents dispositifs d'apaisement qui émergent. Dans le second chapitre, il s'agit d'exposer et d'explicitier les méthodologies issues du design d'innovation sociale et du design & care utilisées pour mener notre recherche au sein du projet d'espace de retour au calme en pédopsychiatrie. Le troisième et dernier chapitre permet d'analyser et de discuter les résultats de nos actions. Y sont analysés d'une part, les méthodes collaboratives employées pendant la création de la salle et d'autre part, les partis pris liés à la conception de cet espace.

CHAPITRE 1

DE L'ISOLEMENT À L'ESPACE D'APAISEMENT : CADRE THÉORIQUE

1. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION EN PSYCHIATRIE

1.1. CONTEXTE HISTORIQUE

Dès l'Antiquité et pendant une longue période, les troubles que l'on reconnaît psychiques aujourd'hui étaient justifiés par des manifestations divines. Les personnes les plus ingérables et dangereuses étaient emprisonnées. Au fil du temps et avec l'intérêt des scientifiques sur le sujet, la dite « folie » passe du rang de surnaturel à celui de maladie. En effet, après la révolution française de 1789, Philippe Pinel instaure l'asile⁶. Ceux qu'on appelait les « aliénés » ne trouvent plus leur place en prison. L'asile a pour but d'amener à une guérison, bien qu'à l'époque on ne parlait pas encore de psychique⁷ et que tout trouble était justifié par le somatique⁸. Dans l'histoire de la psychiatrie, on retrouve deux discours qui s'opposent. L'un qui convoque la primauté du respect de l'ordre public et qui valorise les méthodes de contention⁹, l'autre, minoritaire, qui invoque avant tout le respect des libertés et la dignité des personnes et qui préfère les méthodes douces. Malgré cela, ce sont les pratiques peu éthiques qui priment. Les méthodes sont souvent très barbares, comme faire frôler la mort au malade pour provoquer un état de choc. Autre exemple, la lobotomie¹⁰ connut un essor en France après la seconde guerre mondiale puis déclina dans les années 1960. Par contre, l'isolement¹¹ et la contention, techniques utilisées depuis l'Antiquité, sont encore d'actualité mais selon des normes différentes et plus précises. D'ailleurs, l'isolement était reconnu par certains, notamment le psychiatre Jean-Étienne Esquirol, comme ayant des vertus thérapeutiques (Giloux, 2018). Cette pratique était présentée comme une stratégie destinée à faire peur au malade pour secouer la conscience et l'éclairer, mais aussi comme un moyen de le soustraire à l'environnement habituel, jugé pathogène et générateur des troubles. Aujourd'hui, cette technique est plutôt perçue comme une manière de maîtriser et calmer la personne agitée, agressive ou en crise. Ainsi, nous sommes passés de

6 Voir le site web <https://urlz.fr/iNDD> (consulté le 03/04/22)

7 Voir le glossaire p. 98

8 Ibid.

9 Ibid.

10 Ibid.

11 Ibid.

l'enchaînement des personnes aliénées et la réclusion permanente dans des cellules (XVIIIe siècle et avant), à la camisole remplacée peu à peu par le gilet de force (XIXe siècle), jusqu'aux sangles attachées au lit et à la chambre d'isolement (de nos jours).

C'est dans les années 1830 que John Conolly, psychiatre anglais, met en place le principe du *no-restraint* qui repose sur le fait d'abolir toute mesure coercitive en psychiatrie. Ce principe a permis de remettre en cause la pertinence de la camisole et a marqué un tournant dans la considération de la contrainte. En effet, une nouvelle redéfinition de la psychiatrie était lancée et défendue par de nombreux psychiatres, notamment Lucien Bonnafé qui, après la seconde guerre mondiale, devient un exemple de résistance à l'inhumanité de l'asile. En France, c'est le médecin chef de service de l'asile clinique Sainte-Anne, Valentin Magnan qui défend et met en place le *no-restraint* dans ses locaux (Delanoë-Vieux, Bouhallier, et al., 2019). Néanmoins, l'usage des pratiques contraignantes reste largement diffusé dans les asiles français. Les soins en psychiatrie s'améliorent tout de même peu à peu, particulièrement avec l'arrivée des psychotropes (années 1950), notamment les neuroleptiques permettant de stabiliser certaines maladies mentales et réduisant alors l'usage de la contrainte physique, ainsi que des techniques de soins par la parole et les psychothérapies.

En France, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 modifie et précise les règles et usages concernant la contention et l'isolement. Notamment, elle impose le respect de la dignité et dispose que la mesure de contention soit utilisée en dernier recours. Cette loi a marqué un nouvel élan vers des mesures qui prennent mieux en compte le consentement et la liberté des patients. À l'issue de cette loi a été instaurée le suivi et la traçabilité des pratiques de contention. Cela nous permet alors de constater de larges différences de pratiques entre les départements, notamment concernant le taux de recours au soin sans consentement. De même, certains services recourent à l'isolement de manière quasi-systématique tandis que d'autres n'y font presque jamais appel (Baleige & Pastour, 2017 ; Moreau, 2010). Par exemple, en 2017 le pôle de santé mentale de la banlieue lilloise¹² parvient presque à l'objectif de zéro contention, zéro isolement (Baleige & Pastour, 2017). D'ailleurs, depuis cette période, il apparaît de plus en plus la notion d'*empowerment*¹³, aspect jugé nécessaire pour le rétablissement des personnes. Ce principe consiste à favoriser la capacité d'agir et de prise de décision via le développement de l'autonomie des patients. Plus tard dans l'année 2016, la Haute Autorité de

12 Pôle de santé mentale des villes de Mons-en-Barœul, Hellemmes-Lille, Lezennes, Faches-Thumesnil, Ronchin et Lesquin, Établissement public de santé mentale Lille-Métropole.

13 Voir le glossaire p. 98

Santé publique des clarifications sur les notions de consentement et de libertés ainsi que des recommandations de bonnes pratiques, notamment pour la mise en place d'espaces d'apaisement, concept que nous développerons plus tard dans ce mémoire (cf. chap.3).

Du côté des enfants souffrant de maladie mentale, pendant longtemps la distinction avec les adultes n'existe pas. Au XIXe siècle, les hôpitaux généraux commencèrent à récupérer les marginaux qui troublaient l'ordre public pour les enfermer. On retrouve quelques mineurs parmi les adultes mais leur cas n'intéresse pas encore et on parle de mendiants, d'estropiés ou encore d'idiots (Duché, 1990). Ainsi, les notions de déficiences intellectuelles ou encore l'épilepsie restent associées aux maladies mentales. Peu à peu, on commence à s'intéresser au cas des enfants, mais les solutions proposées sont essentiellement éducatives et non thérapeutiques. Ce n'est qu'au début du XXe siècle que certains psychanalystes vont réellement se pencher sur le cas des enfants. Débute alors une meilleure compréhension de la psyché de l'enfant, ce qui participe à l'essor d'une discipline pédopsychiatrique. Anna Freud, Mélanie Klein et Donald Woods Winnicott sont les premiers psychanalystes à se spécialiser dans les troubles de l'enfance. Dans les années 1960 et 1970, deux circulaires¹⁴ se mettent en place pour séparer l'hospitalisation en santé mentale des enfants avec celle des adultes¹⁵. À ce moment, le cadre de prise en charge des mineurs se définit via de nouvelles circulaires. Cependant, elles ne donnent pas de précisions concernant les modalités éventuelles du recours à la contrainte et à l'isolement. Il semble que le recours à ces mesures peut être autorisé en dernier recours par le directeur de l'établissement s'il l'estime nécessaire. Cela peut être mis en place face à une crise de l'enfant, des gestes auto ou hétéro agressifs ou encore de l'automutilation. Par usage, la contrainte chez l'enfant se traduit généralement par une immobilisation physique d'un ou plusieurs soignants, par l'utilisation de sangles de contention mécanique, ou encore par des traitements médicamenteux sédatifs. L'isolement, s'il a lieu, se fait dans une pièce ou une chambre fermée à clé, sur une durée courte et surveillée (Lefèvre-Utile, 2021). Face à cela, des méthodes alternatives moins contraignantes sont apparues, notamment les outils de sécurisation alternatifs. Nous développerons cet aspect dans une prochaine partie (cf. § 4.2).

14 Textes qui permettent aux autorités administratives (ministres, recteur, préfet, etc.) d'informer leurs services.

15 Voir les sites web : <https://urlz.fr/iNDJ> (consulté le 03/04/22) ; <https://urlz.fr/iNDL> (consulté le 03/04/22).

En France, c'est seulement en 2000 que paraît la Classification des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA). La recherche sur les troubles mentaux concernant les enfants se fait encore aujourd'hui et certains se voient confrontés à diverses controverses et théories divergentes, notamment le trouble du spectre de l'autisme (TSA) que l'on abordera dans une autre partie (cf. § 4.1).

1.2 DÉFINITIONS ET DESCRIPTION

En psychiatrie, il existe différents types de contraintes (HAS, 2017 ; Lefèvre-Utile, 2021) que nous définissons en quatre points ci-dessous :

- La contention physique (ou manuelle) : maintien ou mobilisation du patient en ayant recours à la force physique.
- La contention mécanique : utilisation de méthodes, matériels ou vêtements permettant de limiter ou d'empêcher les mouvements du patient. (Exemple : attacher au lit par des sangles)
- L'isolement : placement dans un espace dont le patient ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients.
- La sédation chimique : également appelée contention chimique, cela se traduit par l'administration par voie orale de traitement psychotrope.

Dans ce mémoire, nous nous intéressons aux trois premiers types de pratiques contraignantes citées ci-dessus.

Ces mesures de contrainte, ou mesures coercitives, s'appliquent lorsque le patient montre des signes pouvant donner lieu à un danger pour les autres ou pour lui-même. Selon des études, la pratique de la contention et la mise en chambre d'isolement ont été consécutives à un certain type de comportement. Ces études ont mobilisé des méthodes quantitatives et qualitatives : questionnaires, entretiens avec soignants, observations passives dans des services psychiatriques. Ainsi, les gestes de violence, les risques auto-agressifs et hétéro-agressifs ainsi que l'agitation psychomotrice¹⁶ en sont les principales causes (Giloux, 2018 ; Guivarch & Cano, 2013 ; Palazzolo, 2004). Pour plus de la moitié des membres de l'équipe soignante du service de psychiatrie de l'adulte de l'hôpital universitaire de Grenoble, c'est l'agression du personnel qui est le motif

16 Voir le glossaire p. 98

le plus fréquent d'enfermement. (Palazzolo, 2004)

Entre novembre 2011 et février 2012, Guivarch et Cano ont mené une étude dans quatre services de psychiatrie de Toulon et de Marseille. Ils ont interrogé des médecins et des infirmiers à l'aide de questionnaire semi-dirigés mais aussi grâce à des entretiens individuels. Concernant la pratique de la contention, la plupart des soignants pensent que c'est un acte de soin et de sécurité, mais qui peut représenter de la maltraitance selon l'usage qu'on en fait (Giloux, 2018 ; Guivarch & Cano, 2013 ; Palazzolo, 2004). D'un autre côté, Guivarch affirme même que le principe de maltraitance est constamment présent lors de l'utilisation de la contention. Il explique que certes, le principe de non-malfaisance est respecté (la contention empêche le patient de se faire mal ou de blesser autrui) mais il prévaut face à la notion de non consentement, de privation de liberté, et d'aggravation de la perte de l'autonomie qui découlent de cette pratique. Cependant, selon le psychiatre, donner priorité au principe d'évitement de l'agressivité ne devrait pas présenter la contention comme seule option et d'autres techniques doivent être envisagées (renforcement de l'accompagnement, de la contenance¹⁷, modification du traitement psychotrope) (Guivarch, 2016). Dans cette même optique, nous décrivons dans ce mémoire des alternatives à la contention et à l'isolement.

Ce parallèle entre soin, sécurité et maltraitance, qui semble définir la contention et l'isolement, forme une large controverse autour de ces pratiques qui existe depuis longtemps et persiste de nos jours.

17 Ibid.

2. LES CONTROVERSES

2.1. UNE EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE MISE EN CAUSE

Ces dernières années, nombre de revues de littératures exhaustives ont été réalisées autour de la contention et de l'isolement (Kersting et al., 2019 ; Leboucher & Fleury, 2021 ; Nelstrop et al., 2006). Les auteurs décortiquent et comparent des dizaines d'articles et d'études qui évaluent la pertinence des pratiques contraignantes et leur efficacité. Dans sa revue de littérature réalisée en 2006, Nelstrop fait le constat qu'il n'y a pas assez de preuves pour établir un réel bilan sur la contention et l'isolement. On ne peut pas déterminer si ces interventions sont sûres et/ou efficaces pour la gestion des comportements agités ou violents. De ce fait, il estime que ces interventions doivent donc être utilisées avec prudence et seulement en dernier recours, lorsque les autres méthodes pour calmer une situation et/ou un usager ont échoué (Nelstrop et al., 2006). À l'époque, cet aspect de dernier recours n'était pas encore officialisé et, comme évoqué plus tôt, il apparaît dans les règles en 2016 via la loi de modernisation de notre système de santé, et dans les recommandations de bonnes pratiques¹⁸ de la Haute Autorité de Santé en 2017. Concernant l'efficacité de ces pratiques, en 2012 le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) rappelle qu'il n'y a pas de preuve scientifique d'un bénéfice thérapeutique quelconque.

Depuis, d'autres revues de littérature donnent lieu à d'autres constats et confirment un bilan néfaste dont font preuve les mesures de contraintes, bilan que certains psychiatres défendent depuis longtemps (cf. § 1). Ainsi, dans une revue de littérature intégrant 67 études, les auteurs concluent que les mesures coercitives peuvent entraîner des dommages physiques, voire la mort (Kersting et al., 2019). Il est important de noter tout de même une des limites de cette analyse étant que l'on ne peut pas assurer le lien de causalité entre les préjudices et les formes de contrainte. Tout comme l'étude de Nelstrop, cette étude conclut sur le fait que des recherches supplémentaires sont nécessaires et qu'il est nécessaire d'utiliser les mesures coercitives en dernier recours ainsi que prioriser les méthodes douces après avoir épuisé toutes les autres ressources.

18 Voir le site web <https://urlz.fr/iNDM> (consulté en 04/22)

Du côté des enfants et adultes atteints du TSA, le bilan s'annonce également négatif. Le 1er avril 2015, deux experts des droits de l'homme des Nations Unies, Catalina Devandas Aguilar et Dainius Pūras ont indiqué que l'utilisation des mesures de contention envers ces personnes pouvait être particulièrement néfaste et risquait de détériorer leur état. Ces pratiques constituent souvent des traitements mauvais, dégradants voire même de la torture¹⁹. De même, dans le contexte de la pédopsychiatrie, Jean Lefèvre-Utile (2021) explique que le recours prolongé à l'isolement et à la contention peut être source de dérive et de maltraitance. Ces propos nous amènent à nous questionner sur la notion de punition que semblent parfois revêtir les mesures coercitives.

2.2. MESURE PUNITIVE ?

La Haute Autorité de Santé rappelle en 2017 que la contention et l'isolement ne doivent pas être utilisés en guise de punition. Cependant, il semble que cette mesure punitive soit parfois utilisée dans des établissements. Dans la même année, la psychiatre Natalie Giloux (2017) affirme qu'aujourd'hui encore il persiste dans les hôpitaux psychiatriques et dans les mesures d'isolement une notion de châtement moral. Justement,, Delphine Moreau (2010) explique dans un article que, comme nous l'avons évoqué plus tôt, les soignants utilisent plus ou moins la contrainte selon les hôpitaux. Cependant, elle ajoute que cela se fait de manière plus ou moins raisonnée et pour des buts différents. Ainsi, l'une des raisons évoquées par les soignants est d'utiliser les mesures de contraintes pour cadrer et faire respecter les règles. Mais la limite entre cadrer et punir est fine et peut être questionnée.

Dans un autre article, Giloux (2018) évoque les connotations pénales qui ressortent de l'isolement mais aussi du vocabulaire employé en psychiatrie. En effet l'isolement met à l'écart et enferme loin des autres, comme en prison. Elle explique aussi que le vocabulaire de la psychiatrie appartient au domaine carcéral. Par exemple, on parle de mise à l'isolement, on parlait d'évasion puis de fugue, ou encore on désignait les chambres par des cellules.

Du côté des patients, on retrouve parfois des témoignages allant dans ce sens. Certaines études ont recueilli l'avis des patients et il s'avère que beaucoup vivent ces mesures coercitives comme une procédure punitive (Carré et al., 2017 ; Palazzolo, 2004).

19 Voir le site web <https://urlz.fr/iNDO> (consulté en 04/22)

2.3. UNE DÉSHUMANISATION DES SOINS

Les protocoles qui encadrent la mise en contention et en salle d'isolement sont aussi des outils controversés. En effet, leur création vise à guider et sécuriser les soignants dans leurs actions lorsque des situations d'agitation ou d'agressivité des patients se présentent. Cependant, ces outils permettent une banalisation des pratiques de contraintes. Les soignants risquent de ne pas s'interroger avant de passer à l'action, et de simplement faire ce qui est écrit de faire dans ce genre de situation. Les gestes deviennent mécaniques et la pensée aussi. On ne s'intéresse plus au vécu du patient et on ne l'accompagne plus. Cela contribue à créer une distance avec les patients, ce qui pourrait conduire à une déshumanisation des soins (Giloux, 2017 ; Guivarch, 2016). D'ailleurs, la promotion du protocole, entre autres mesures qui se sont développées ces dernières années concernant le fait de traiter de manière rapide et expéditive, permet de justifier selon Giloux que la mesure d'isolement est économique et non thérapeutique (Giloux, 2018).

2.4. LE VÉCU DES PATIENTS

Il existe très peu d'études sur les événements indésirables concernant la chambre d'isolement et la contention, or leur utilisation est très répandue (Kersting et al., 2019). La littérature scientifique aborde peu la notion de souffrance engendrée par ces mesures, et encore moins en partant du vécu des soignants et des patients (Guivarch, 2016). Cependant, s'intéresser aux expériences et demander l'avis aux premiers concernés semble être la meilleure manière de savoir comment un système ou un dispositif est perçu et vécu, s'il est apprécié ou déprécié, s'il est recommandé ou critiqué. Nous allons dans un premier temps nous intéresser au vécu des patients. Quelques études ont été portées sur cette notion et il ressort globalement le témoignage de mesures de contraintes mal vécues et engendrant de nombreux ressentis négatifs de la part des patients.

Les ressentis qui priment semblent être l'anxiété et la colère (Guivarch, 2016 ; Palazzolo, 2004). Dans une étude demandant aux soignants ce que pensent ressentir leurs patients, on retrouve ces mêmes états d'âme, à cela est ajouté le sentiment d'incompréhension. Selon eux, les patients ne comprennent pas pourquoi ils se retrouvent sous contention ou en isolement car ils pensaient qu'il y avait d'autres alternatives avant cela (Guivarch & Cano, 2013). Par ailleurs, on retrouve dans les témoignages des

patients le ressenti d'impuissance liée à la perte de capacité motrice (se gratter, se couvrir, se moucher) et donc d'autonomie (incapacité d'aller aux toilettes) et de liberté, dû à la contrainte ou à l'enfermement. Les soignants doivent donc répondre aux besoins élémentaires des patients, qui sont contraints d'être dépendants d'eux. De ce fait, il en découle les sentiments de vulnérabilité, d'humiliation, d'abandon et de déshumanisation (Carré et al., 2017 ; Guivarch, 2016).

Dans la conclusion de son étude, Palazzolo explique que l'expérience de l'isolement est vécue de manière traumatique pour bon nombre de patients et qu'il faudrait rendre plus profitable le séjour en psychiatrie (2004). C'est justement face à ce constat et dans le but d'améliorer le vécu des patients que sont apparus les espaces d'apaisement, concept que nous aborderons dans une prochaine partie (cf. § 3).

2.5. LE VÉCU DES SOIGNANTS

Concernant les soignants, on trouve encore moins d'études relatant des témoignages vis-à-vis de leurs ressentis lors de la mise en contention ou du placement en isolement des patients. Dans l'étude de Guivarch et Cano, l'équipe soignante raconte essentiellement une expérience négative (Guivarch, 2016 ; Guivarch & Cano, 2013). Certains expriment leur frustration ou leur colère de ne pas avoir pu faire autrement, lié à cela on retrouve le sentiment de tristesse ou de culpabilité. Majoritairement, les mesures de contrainte sont jugées par l'équipe soignante comme difficiles mais nécessaires dues à l'absence d'alternatives et de moyens. Par ailleurs, d'autres disent ne rien ressentir, car ils jugent cela être la seule solution pour préserver la sécurité, ou alors ils justifient cela par l'aspect thérapeutique de ces mesures. D'ailleurs la grande majorité des soignants disent que l'expérience de mise en isolement entraîne un vécu moins douloureux que la contention, pour les patients. Finalement, les soignants font face chaque jour à un dilemme éthique : choisir de préserver la dignité des patients, ou alors assurer la sécurité des patients, des pairs et la leur.

Alors, il faudrait réinterroger les pratiques pour mettre en place de nouvelles méthodes (Dumont et al., 2012). Le but étant d'imaginer des mesures alternatives plus éthiques, humaines, assurant la sécurité de chacun tout en respectant la dignité des patients et sans provoquer de ressentis négatifs de leur côté comme celui des soignants. Et c'est en ayant cet objectif en tête que de nouvelles pratiques apparaissent.

2.6. DIFFÉRENTES AMORCES POUR UNE AMÉLIORATION

Afin d'observer les améliorations des méthodes qui sont mises en place dans certains hôpitaux, Baleige et Pastour proposent la mise en place d'un observatoire participatif regroupant des intervenants dans l'objectif du zéro recours aux mesures coercitives (2017). L'observatoire centralise les données, observe et analyse les pratiques mais aussi propose la mise en place d'actions de formations, de recherches sur le territoire ainsi que d'améliorations de l'offre de soin. Parmi les intervenants, une place centrale est laissée aux patients, ce qui favorise leur *empowerment*.

Par ailleurs, quelques études listent des idées d'améliorations recueillies par les patients ou déduites par les chercheurs *via* leurs observations et entretiens dans des services psychiatriques (Carré et al., 2018 ; Guivarch, 2016). Tout d'abord, on trouve l'idée d'améliorer le lien relationnel avec le soignant, c'est-à-dire d'augmenter les échanges et la communication lorsque le patient est en isolement et/ou sous contention. Il s'agirait aussi de favoriser les moments de discussion et de réflexion *a posteriori* du moment de contrainte avec un soignant ou d'autres patients pour pouvoir parler de son expérience et de son ressenti. Toujours en lien avec la communication, il serait pertinent de délivrer plus d'information au moment de la mise sous contrainte ou en isolement, en expliquant la raison et la durée de l'isolement, ce qui aiderait à diminuer l'incompréhension et l'anxiété du patient. D'ailleurs, des chercheurs expriment l'importance d'inclure et d'impliquer les patients dans les prises de décisions liées à la mise en chambre d'isolement (Carré et al., 2018b). Il est également important de donner au patient les moyens de se repérer dans l'espace et dans le temps, en indiquant les horaires de passage infirmier ou en indiquant l'heure dans la salle. Tous ces aspects participent à un meilleur accompagnement du patient, tout en favorisant son autonomie.

Afin d'éviter le recours à la contrainte, il est pertinent de s'intéresser au fait de développer une meilleure gestion de la crise ou de l'agitation en amont (Guivarch & Cano, 2013). C'est pour atteindre cet objectif que se développent la mise en place d'espaces d'apaisement.

3. DES ESPACES D'APAISEMENT POUR RÉDUIRE LE RECOURS À LA CONTRAINTE

3.1. QU'EST-CE QU'UN ESPACE D'APAISEMENT ?

La notion d'apaisement en psychiatrie prête à confusion et tous les espaces alternatifs à l'isolement et à la contention apparus ces dernières années n'ont pas forcément la même signification. Ainsi, pour la Haute Autorité de Santé, un espace d'apaisement est un espace dédié (souvent, une pièce) spécialement aménagé pour permettre aux patients hospitalisés en psychiatrie de s'isoler et de retrouver leur calme lorsqu'ils reconnaissent les signes avant-coureurs d'une perte de contrôle pouvant provoquer des comportements violents (autoagressifs ou hétéroagressifs)²⁰. Les objectifs sont donc de proposer aux patients des solutions pour calmer les tensions et ainsi prévenir les crises et améliorer leur état. Cela permet de mettre à disposition des soignants un outil de prévention de la violence et potentiellement de réduction des mesures de contention et d'isolement. De plus, nous entendons parler, dans les études anglophones notamment, de *sensory rooms*. Ces espaces se veulent apaisants tout en convoquant plus ou moins la sensorialité.

Dans les *sensory rooms*, on retrouve un certain type d'aménagement, avec des fauteuils et des canapés confortables. La décoration peut être choisie avec l'équipe soignante et les patients. De nombreux équipements sont à disposition des patients, par exemple de la musique, des livres, des couvertures lestées, des balles anti-stress, un kit d'auto-massage²¹. Lorsque l'aspect sensoriel veut être accentué, on peut ajouter un choix de couleurs de lumières différentes, des projections d'images, ou encore des diffuseurs d'odeurs (Wiglesworth & Farnworth, 2016).

Concernant l'écoute musicale, il faut noter la différence avec la musicothérapie²². Dans le contexte de l'espace d'apaisement, la limite est un peu floue entre une écoute passive de musique relaxante et la

20 Voir le site web <https://urlz.fr/iNDP> (consulté en 03/22)

21 Ibid.

22 Voir le glossaire p. 98

musicothérapie. Avec une simple écoute musicale dans cet espace, nous nous trouvons tout de même dans le soin même si l'écoute n'est pas accompagnée par un musicothérapeute. La fonction première n'est pas de guérir mais d'apaiser, ce qui agit *in fine* sur l'état du patient voire même sa guérison.

Pour finir, d'autres espaces accentuent l'aspect sensoriel et cherchent l'hyperstimulation des sens dans le but d'apaiser. C'est le cas des salles *Snoezelen* (fig. 1), qui séduisent depuis de nombreuses années le public de la santé dans le contexte du handicap et qui ont émergé depuis plus de vingt ans dans les secteurs gérontologiques et psychiatriques (Allemand-Trivalle et al., 2021). Concept développé au Pays-Bas en 1970 par Verhuel et Hulsege, le terme *Snoezelen* est la contraction de *Snuffelen* (renifler, sentir) et de *Doezelen* (sommoler).²³ Ainsi, le but est d'amener une exploration



Fig. 1 - Exemple d'un espace *Snoezelen*, Pétrarque l'empreinte sensorielle

sensorielle (*via* le toucher, l'odorat, l'ouïe, le goût, la vue) qui se veut à la fois stimulante et apaisante. Cet espace est modulable en fonction des préférences sensorielles de chaque patient. On peut y trouver des matelas, des couvertures, des hamacs, de la musique, des colonnes à bulles, un projecteur de couleurs, des fibres optiques, une boule à facettes, des tableaux sensoriels, etc.

3.2. LES EFFETS DES ESPACES D'APAIEMENT SUR L'ÉTAT DES PATIENTS

Des chercheurs ont évalué ce que l'apport d'un espace d'apaisement dans des unités psychiatriques pouvait changer sur l'état des patients mais aussi sur la réduction ou non de la fréquentation de la chambre d'isolement. D'une part, il apparaît que ces espaces agissent en faveur du bien-être des patients *via* la baisse de leur niveau d'anxiété, de stress et de détresse après avoir passé un moment dans l'espace d'apaisement (Hedlund Lindberg et al., 2019 ; Scanlan & Novak, 2015 ; Wiglesworth & Farnworth, 2016). Les études évaluent cela de manière qualitative par le biais d'entretiens mais

aussi de manière quantitative grâce à des questionnaires à remplir par les patients après leur passage dans la salle d'apaisement. Parmi certaines méthodes, on leur demande en plus de cela de compléter un questionnaire avant leur passage dans la salle, afin de faire un comparatif avant/après. Par exemple, Wiglesworth et Farnworth demandent aux patients de noter sur une échelle de un à dix leur niveau de stress avant et après leur passage dans la salle. Les impacts positifs sur l'anxiété provoqués par les espaces d'apaisement sont importants à notifier car, nous l'avons vu, l'anxiété est l'un des sentiments les plus ressentis lors d'un passage en chambre d'isolement²⁴ (Guivarch, 2016 ; Palazzolo, 2004). Ces salles semblent alors prendre une fonction d'autosoin car elle permet un repos émotionnel en agissant notamment sur la réduction du stress.

De plus, l'espace a été perçu par certains comme un « endroit d'évasion » (*escape space*) (Wiglesworth & Farnworth, 2016) ou encore un « endroit sûr et calme » (*safe and calm place*) (Hedlund Lindberg et al., 2019). Les patients du *Thomas Embling Hospital* à Melbourne en Australie l'ont même renommé *safe space* (Wiglesworth & Farnworth, 2016). Cela fait écho aux propos de Gilloux dénonçant le vocabulaire carcéral de la psychiatrie (cf. § 2.2). Ainsi, dans le projet qu'elle a mené au centre hospitalier *Le Vinatier* dans le Rhône en 2003, il a été choisi d'exclure le terme « isolement » en faveur d'un vocabulaire relatif à l'apaisement. Face à ces exemples, il semble important de laisser les soignants et les patients renommer l'espace selon leur envie et leurs ressentis, en se tournant par exemple vers la notion d'apaisement ou encore de sûreté, et non de sécurité qui rappelle les règles et les contraintes de l'isolement et du service psychiatrique.

On observe également des bienfaits concernant l'autonomie des patients. En effet, les espaces d'apaisement semblent favoriser l'*empowerment* chez les patients. L'objectif est de donner des responsabilités et des choix aux patients. Ils peuvent décider de l'endroit et de la manière dont s'asseoir ou s'allonger, d'utiliser tel ou tel accessoire, d'aller dans la salle seul ou accompagné. Cela impacte positivement leur estime de soi et leur autodétermination²⁵ (Hedlund Lindberg et al., 2019).

Pour finir, on remarque que les espaces d'apaisement ne réduisent pas forcément l'usage de l'isolement et de la contention. Les résultats des études sont mitigés, montrant pour certaines des diminutions d'utilisation de l'isolement, et pour d'autres non. Scanlan et Novak précisent qu'il faudrait développer une série d'autres stratégies en plus des approches sensorielles et d'apaisement afin de réduire les usages de contraintes

23 Voir le site web <https://urlz.fr/hOsw> (consulté en 05/22)

24 Cf. § 2.4

25 Voir le glossaire p. 98

(2015). Ce constat est intéressant et semble amorcer l'idée d'intégrer d'autres stratégies autour des espaces apaisants afin d'aboutir, *in fine*, au non recours des mesures coercitives. Nous verrons dans les prochaines parties un exemple détaillé d'un espace d'apaisement essayant d'intégrer toutes les approches possibles pour arriver à cet objectif (cf. § 3.3 ; 3.4).

Pour conclure, les espaces d'apaisement sont perçus par les patients comme un endroit calme, sûr et accueillant. Ces espaces ont un impact positif sur l'état émotionnel car ils sont capables de réduire l'anxiété ressentie par les patients. Il s'agit également de permettre de gérer les états d'agitation par le patient lui-même, pour arriver *in fine* à remplacer les chambres d'isolement (Hedlund Lindberg et al., 2019 ; Scanlan, 2009 ; Wiglesworth & Farnworth, 2016). Parvenir à cet auto-soin émotionnel contribue à l'*empowerment* des patients, de même que le fait de proposer, et non pas d'imposer, cette salle, ou encore le fait qu'elle réponde aux besoins de chacun en proposant différents équipements et mobiliers. L'autonomie induite par l'espace semble avoir un impact positif sur l'état des usagers et il semblerait pertinent de continuer à exploiter cet aspect, à le développer et le mettre en avant dans le but d'améliorer les effets des salles d'apaisement. Dans ce contexte, le designer semble avoir une place à prendre. Il aurait un rôle à jouer dans la conception de la salle, à penser l'aménagement et les équipements afin d'approfondir la notion d'accueil, d'hospitalité et d'autonomie. Pour aller plus loin, le designer peut aussi jouer un rôle de médiateur en co-concevant de cette salle avec les patients et les soignants afin de créer ensemble l'espace le plus adapté aux besoins et au bien-être de chacun. Finalement, les espaces d'apaisement sont une avancée majeure dans les alternatives aux mesures coercitives. Elles ne permettent pas, en prenant en compte les études jusqu'ici, de supprimer ces mesures mais elles peuvent cependant contribuer à leur réduction en convoquant tout un environnement favorable à l'auto-soin et une dynamique d'équipe allant dans ce sens.

3.3. L'ESPACE D'APAIEMENT DU LAB-AH : DÉMARCHE ET OBJECTIFS

Pendant 5 mois et demi, j'ai mené un stage au lab-ah, le laboratoire de l'accueil et de l'hospitalité, structure rattachée au GHU Paris psychiatrie et neurosciences. C'est un espace de recherche et d'expérimentation visant à améliorer l'hospitalité et l'accueil de l'hôpital dans une démarche de design participatif et collaboratif. Ce laboratoire est en train d'expérimenter

l'implantation de six espaces d'apaisement qu'il a pensés et conçus pour six services du GHU. Lors de mon stage, j'ai pu découvrir ces espaces ainsi que le retour de l'évaluation du premier prototype situé dans l'unité de soin intensif à Avron, pôle 75G28 du GHU (Paris 20e arr.), dont la démarche a été engagée en 2020.

Les objectifs de l'espace d'apaisement qui ont été émis par l'équipe soignante sont de prévenir l'agitation et l'anxiété, diminuer le nombre de mise en chambre d'isolement, raccourcir la durée de séjour en isolement et enfin disposer d'un espace accueillant hors chambres pour partager un moment privilégié soignants-patients.

La démarche en design mise en place pour mener ce projet et atteindre ces objectifs réside dans le principe du *faire avec*, de collaborer avec les parties prenantes du projet, à savoir les soignants et les patients. L'intérêt est porté sur les expériences et les usages afin de créer un espace répondant au mieux aux besoins et aux envies des personnes concernées. Cela leur permet à chacun de s'approprier l'espace mais aussi de restaurer leur capacité d'agir. Pour ce faire, la mise en œuvre de l'espace a mobilisé des temps d'immersion, d'entretiens et d'ateliers de co-conception avec les soignants et les patients. Les soignants ont également contribué continuellement à la réflexion du projet et de la démarche, rythmée par les réunions avec l'équipe du lab-ah. Ainsi, ils avaient une place de collaborateurs, de partenaires de projet tout au long de la démarche. Les patients étaient également des collaborateurs mais ils étaient sollicités ponctuellement lors de certaines étapes du projet, et parfois même de manière improvisée et informelle lorsque les designers se rendaient sur le terrain et pouvaient les croiser. Par exemple, lors d'une visite d'un espace d'apaisement pour apporter quelques améliorations et faire des tests, nous avons pu échanger avec deux patientes qui étaient curieuses de savoir ce que l'on faisait dans l'espace. Elles étaient ravies de nous partager leur retour d'expériences ainsi que leurs idées pour améliorer l'espace, en termes de couleurs d'éclairage notamment.

L'espace dispose de 8m² et a été ouvert en juin 2021 (fig. 2). Son identité visuelle et formelle a été pensée par les soignants, les patients et les designers. On y trouve des assises permettant une diversité de postures. Il se compose donc d'un fauteuil, d'un pouf et d'un tapis où l'on peut s'asseoir, s'allonger ou faire du yoga. La lumière du jour est filtrée par un dégradé de couleurs en vitrophanie, permettant également de cacher le vis-à-vis avec l'immeuble d'en face. On y trouve au mur des livres disposés sur des étagères mais aussi des cartes aimantées (posées grâce à des barres magnétiques) dessinées par le lab-ah et invitant le patient à rêver, à se documenter ou encore à se relaxer et pratiquer du sport : il y a une série de

cartes sur la botanique, l'ornithologie, les émotions et des postures de yoga. Ces cartes sont vouées à être manipulées, ainsi chacun peut composer les murs et leur décoration. Une certaine capacité d'agir et une marge de liberté est proposée aux patients. Ces notions sont d'autant plus importantes en psychiatrie car les soignants sont souvent les porte-paroles des patients. Il s'agirait donc de leur redonner un rôle dans leurs soins et de les laisser s'exprimer. Ces aspects sont également incarnés par l'espace d'expression qui permet de dessiner ou d'écrire à la craie sur le mur. De plus, on peut décider d'écouter de la musique *via* des playlists conçues par un designer sonore, et le patient peut demander au soignant d'accéder à différents kits : musical (instruments de musique), expression (outils pour dessiner), relaxation (couverture lestée, tisane, outils d'auto-massage), multimédia (tablette, enceinte). De plus, des bulles d'informations sont présentes à certains endroits dans la salle en trois langues pour accompagner le patient dans l'utilisation des services. Pour finir, une horloge numérique indiquant l'heure et la date est présente afin d'amener des repères spatio-temporels et de relier le dehors du dedans. Cet aspect est nécessaire en psychiatrie, lieu où les patients perdent facilement leurs repères. Justement, *via* son étude, Guivarch (2016) explique l'importance de donner des repères aux patients en isolement. De même, dans l'étude de Carré (2018), les patients proposent comme amélioration au moment d'isolement d'avoir accès à des repères temporels (cf. § 2.6).



Fig. 2 - Prototype d'espace d'apaisement, GHU Paris, Hôpital d'Avron, secteur 75G28, (2021) Catherine Boiteux, Marie Coirié, Carine Delanoë-Vieux, Coline Fontaine, Jeanne Sintic, Laëtitia Thomas, Beata Iwanczuk.

3.4. L'ESPACE D'APAIEMENT DU LAB-AH : RETOUR D'EXPÉRIENCE

Six mois après l'ouverture de l'espace, nous pouvons déjà établir des constats et des conclusions concernant son utilisation et ses bienfaits. Cette partie est basée sur les informations recueillies grâce aux documents internes au lab-ah de retour d'expérience de l'espace d'apaisement.

Un protocole d'évaluation a été mis en place et comporte une feuille de bord pour les soignants, une pour les patients, des entretiens qualitatifs avec les patients et un *focus group*²⁶ avec l'équipe soignante. Premièrement, on observe que l'activité la plus demandée est l'écoute musicale, suivie par l'utilisation du tableau noir et des assises ou du tapis permettant de se reposer : « Je suis quelqu'un qui dit à mon médecin, je suis comme les poissons, je respire par les oreilles, alors forcément sans musique je suis en apnée. » (M.R et Cie, le 16 septembre 2021, *focus group* avec des patients). Par comparaison, la revue de littérature de Wiglesworth et Farnworth indique également la musique et les assises comme activité ou aménagement les plus utilisées (2016).

Concernant les usages, il a été remarqué que ce qui avait été imaginé par les soignants (le patient va dans l'espace accompagné d'un soignant) s'est peu produit. L'investissement effectif des patients s'est fait principalement en autonomie, et souvent en groupe de trois ou quatre personnes, chose que les soignants n'avaient pas du tout projetée. On observe cinq types d'usages dans l'espace d'apaisement d'Avron.

Premièrement, le lieu est en fait un lieu de ressources. Ceux qui n'arrivaient pas à s'y apaiser l'ont vécu comme un lieu offrant de la normalité dans cet univers étrange qu'est la psychiatrie : « Je ne me suis pas sentie à l'hôpital. » (Mme R, le 24 juin 2021, entretien individuel patient) Les ressources disponibles (livres, musiques, supports d'expression, etc.) avaient également une utilité lorsque les patients se sentaient bien. Ceux-ci ont d'ailleurs proposé de renommer la salle « salle de ressourcement » ou « salle ressources ». Tout comme les patients du *Thomas Embling Hospital* ayant renommé leur salle d'apaisement « safe space », (Wiglesworth & Farnworth, 2016), il semble que les patients apportent une importance au nom de la salle, vis-à-vis de ce qu'elle connote mais aussi car c'est une manière de s'approprier l'espace.

Deuxièmement, une autonomie des patients s'est faite assez vite remarquer, grâce aux choix proposés concernant les activités mais aussi

26 Groupe de discussion visant à recueillir les opinions des utilisateurs concernés par le projet.

les postures corporelles : « C'est un endroit où on est un peu libre, on peut faire ce que l'on veut. », « Là après ce qui m'était arrivé, je retrouvais tout seul un environnement simple et agréable et abordable, en autonomie, et en touchant, me rassurant, voilà il y a un cadre sécurisant. Il n'y a pas de chimie, on ne m'agresse pas, on ne me fait rien, c'est moi seul qui reprends contact avec ma propre réalité. » (M. R et Cie, le 16 septembre 2021, *focus group* avec des patients).

Troisièmement, l'espace est vite devenu un lieu convivial et de rassemblement de petits groupes, chose que l'équipe soignante n'avait pas envisagée : « c'est un lieu pour être bien ensemble » (Mme R, le 24 juin 2021, entretien individuel patient). Elle était même réticente à ce type d'utilisation, notamment afin d'éviter les conflits entre patients. Cependant, aucun conflit n'a été observé en six mois dans cette salle malgré son occupation collective : « On peut avoir 4 personnes dans 8m2 qui sont dans une proximité physique qu'ils auraient du mal à supporter ailleurs. Je pense que c'est le seul moment où cette proximité, ils la supportent bien. Cela atteste du côté apaisant de l'espace. » (E, infirmier, le 17 décembre 2021, entretien individuel soignant). Par ailleurs, il faut noter que leur service est étroit et il existe seulement une salle télévision comme espace convivial, qui est aussi la salle de pause des soignants. Aussi, on peut noter qu'il n'y a eu aucune dégradation du lieu durant tout ce temps. De plus, ces moments conviviaux apparaissent surtout au moment de la veillée, ce qui est intéressant à mettre en parallèle avec le fait que la fréquence de la mise en chambre d'isolement est plus élevée en début de soirée selon Palazzolo (2004). En effet, durant cette période, moins d'activités sont proposées aux patients et moins de soignants sont présents. La mise à disposition d'un espace pouvant accueillir plusieurs patients dans une ambiance apaisante et non conflictuelle semble alors utile et pouvant potentiellement réduire le passage en chambre d'isolement. Il sera intéressant de comparer ce constat avec l'évaluation des autres espaces d'apaisement en expérimentation sur d'autres sites du GHU. Par exemple, nous avons des prémices de retour d'expérience d'un autre espace situé sur le site 75G20-21 à l'hôpital de jour Armaillé (Paris, 17e arr.). Dans ce service, il existe quelques espaces dédiés au groupe (salon TV, salle d'activités, salle à manger, etc.) et les personnes n'y sont pas internées, contrairement à Avron. Il semble que l'espace d'apaisement est utilisé par les personnes seules dans le but de s'isoler des autres et du collectif : « [en parlant de deux patients] le fait de savoir qu'ils pourraient s'isoler leur a permis d'être plus régulier, de venir, se sentir plus tranquille. » (cadre du service, le 15 juin 2022, lors d'une réunion). Par exemple, le patient M.Z va dans l'espace pendant des moments de persécution, pour être tranquille, « juste au moment où il a

besoin de dégazer » (cadre du service, le 15 juin 2022, lors d'une réunion). L'usage en groupe ou non d'un espace d'apaisement semble se définir par les usages et les espaces déjà présents dans le service de psychiatrie.

Quatrièmement, le lieu permet de gérer ses émotions grâce aux services qu'il offre et à son cadre rassurant et propice à l'introspection. Un changement d'humeur positif, allant vers le mieux-être, a été constaté à plusieurs reprises : « Pour calmer les angoisses, ça marche. J'ai fait du yoga, j'ai fait mes exercices de respiration, j'ai géré mes émotions, je me suis fait mon briefing entre moi et moi, ça m'a aidée. » (Mme R, le 24 juin 2021, entretien individuel patient)

Pour finir, une question se pose quant à l'intégration ou non d'un usage thérapeutique. En effet, certains patients ont utilisé la salle pour faire un entretien thérapeutique informel avec un soignant : « Ça m'a fait l'effet d'avoir un endroit où parler de manière moins officielle, moins jugée, moins marqué dans les transmissions. » (Mme R, le 24 juin 2021, entretien individuel patient)

Finalement, l'espace apaise les patients et il permet aussi de soulager l'équipe soignante. En effet, son utilisation en autonomie par les patients diminue le nombre de sollicitations auprès des infirmiers. L'espace limite et atténue les situations de conflits et de tensions jour et nuit. Il agit comme un dérivatif pour gérer une frustration : « Moins de patients sont angoissés, agités, menaçants. Grâce à cet espace, on gagne du temps. » (C, infirmière, le 6 décembre 2021, entretien individuel soignant)

À ce jour, trois différents moments de la prise en soins ont été identifiés pour qualifier cet espace en termes d'indication thérapeutique :

- En situation de désamorçage des facteurs déclencheurs de crise pour des patients connus du service.
- Après une situation de tension psychique aiguë pour réintégrer en douceur la vie ordinaire du service.
- Pour faciliter les sorties séquentielles de la chambre d'isolement.

Ainsi, cinq vignettes²⁷ ont été relevées permettant de décrire les usages et bienfaits de l'espace d'apaisement (fig. 3) :

1. Désamorçage d'une situation de frustration entraînant des comportements violents
2. Utilisation comme outil de médiation pour apaiser

27 Récit d'un moment précis permettant d'illustrer un principe.

3. Apaisement séquentiel d'un état d'anxiété massive
4 ; 5. Réduction de la durée d'isolement

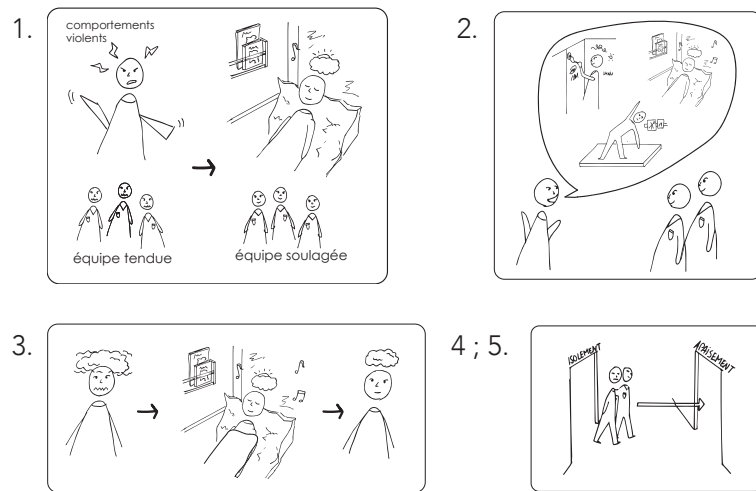


Fig. 3 - Les vignettes de l'espace d'apaisement, Hôpital d'Avron, (2022), Lou Radigois.

Cependant, un questionnement lié à la qualification du périmètre de prévention est apparu (fig. 4). Carine Delanoë-Vieux, directrice de projets culturels et en charge des projets espaces d'apaisement, explique :

« Au regard de ces retours d'expérience, se pose la question de qualifier la temporalité de la prévention des états de dysphorie aiguës. Elle a été située, dès l'abord du projet, entre la manifestation des premiers symptômes d'agitation et l'explosion psychique par des actes d'auto ou d'hétéro-agressivité. Or, les enseignements du prototype nous invitent à reconsidérer cette approche en élargissant la notion de prévention très en amont des manifestations d'anxiété massive ou d'agitation

Cela déplace l'objectif institutionnel, et donc le focus d'évaluation, qui a motivé la conception de l'espace d'apaisement : depuis son utilisation par les soignants pour gérer la crise imminente afin d'éviter un isolement, vers son

utilisation par les usagers pour moduler un état d'anxiété latent afin d'éviter un éventuel emballement vers une situation de crise. Pourrait-on consolider alors l'hypothèse selon laquelle l'utilisation par les patients, en autonomie, des ressources d'apaisement pour moduler des états de dysphorie diffus éviterait, à terme, une situation aiguë ? »

Les retours d'expériences des autres sites tests permettront de confirmer ou non cette hypothèse.

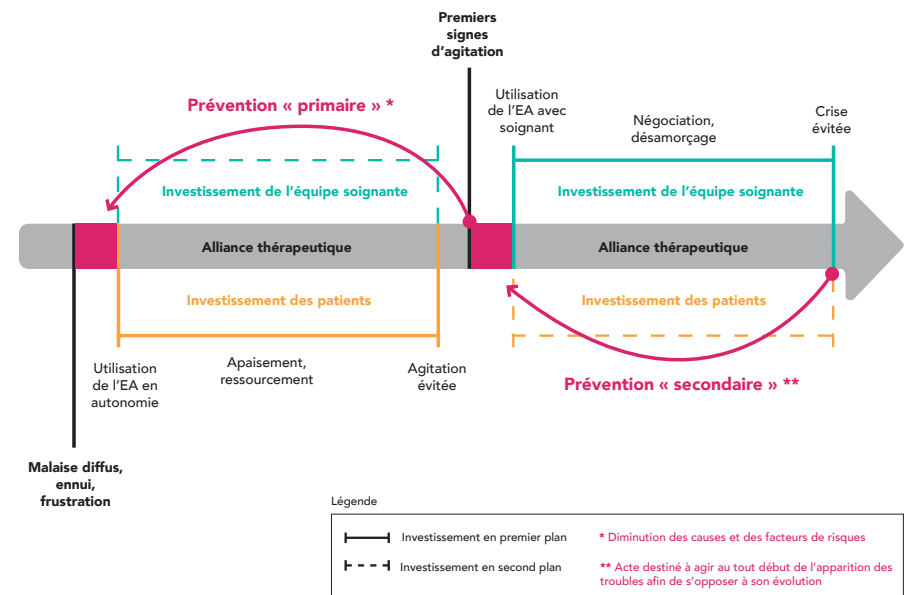


Fig. 4 - Les périmètres de prévention des situations de crise, (2022), Lou Radigois.

Finalement, cette expérimentation rejoint la conclusion obtenue par les autres études sur les espaces d'apaisement. Ces espaces sont sûrs, rassurants et efficaces. Ils réduisent l'anxiété des patients, leur permettent d'apprendre à gérer leurs émotions seuls, favorisent leur empowerment et leur autonomie. De plus, l'espace d'Avron semble réduire le temps d'utilisation de l'isolement. C'est aussi un lieu de ressources convivial, qui a besoin d'être approprié par les patients.

Par ailleurs, le design joue un rôle fondamental et nécessaire

dans la conception de l'espace d'apaisement d'Avron. La réflexion liée au mobilier, à l'agencement et à l'esthétique permet de créer l'univers et l'ambiance de l'espace. Les usages et les postures ont été imaginés afin de penser l'espace. Par exemple, un tapis est installé pour faire du yoga en face des images magnétiques posées au mur. Il se trouve dans un coin de la salle pour inviter à se poser, se recroqueviller, s'allonger. Il permet une posture près du sol, ce que les patients en psychiatrie cherchent beaucoup, selon les soignants. En outre, la versatilité des propositions de l'espace d'apaisement permet à chacun de s'approprier le lieu qui accueille leur singularité. Cela passe notamment par les supports d'expression. En fait, l'espace doit être activé par le patient pour vivre. Pour finir, croiser le dialogue entre les soignants et les patients durant la phase de réflexion et de conception de l'espace a permis, non pas seulement de créer une participation démocratique, mais aussi de croiser les intentionnalités. Le dispositif appartient à tout le monde. Cela a aussi permis d'amorcer l'appropriation des patients à la salle et de les responsabiliser. Avec tout cela, l'espace est un lieu d'hospitalité, qui accueille et favorise le pouvoir d'agir, le mieux-être et le mieux-vivre.

Suite à ces conclusions, l'objectif est de consolider ces concepts sur les autres sites et de récolter les retours d'expériences afin de compléter ces analyses. Les critères d'évaluation portent sur les impacts des espaces d'apaisement sur l'*empowerment* des patients dans la gestion de leur état émotionnel, l'enrichissement ou les changements dans les pratiques professionnelles ainsi que, *in fine*, sur la réduction du recours à l'isolement.

Les perspectives suite à ces expérimentations sont de créer un référentiel co-construit avec les directions concernées qui explique les types de travaux à effectuer pour créer un espace d'apaisement et qui propose des équipements pour l'aménager. Ce référentiel pourra être fourni aux hôpitaux voulant créer leur propre espace. Il s'agit également de mettre en place une formation pour accompagner les professionnels, ainsi que de créer un livret de ressources comprenant les synthèses des évaluations et des plans de formation pour donner des outils au soignants (formation sur les techniques relaxation, etc.). Tous ces outils sont nécessaires pour créer un environnement d'autosoin, aspect qui était indiqué par les auteurs des études concernant les espaces d'apaisement comme étant essentiel pour compléter l'installation de ces espaces dans les services psychiatriques²⁸ (Hedlund Lindberg et al., 2019 ; Scanlan, 2009 ; Wiglesworth & Farnworth, 2016).

Finalement, nombre d'études ont été et sont réalisées encore

aujourd'hui concernant les pratiques alternatives aux mesures coercitives en psychiatrie adulte, qui se matérialisent en grande partie par les espaces d'apaisement. Par contre, cela ne concerne pas forcément la psychiatrie pour enfants. Ainsi, il nous semble pertinent de s'intéresser aux espaces d'apaisement et à l'apaisement de manière générale en pédopsychiatrie. Pour ce faire, nous effectuons, dans la dernière partie de ce chapitre, un focus sur le cas des enfants atteints du TSA en pédopsychiatrie. Ces recherches nourriront notre réflexion concernant le projet que nous avons mené dans un hôpital de jour pour enfants atteints du TSA, décrit en chapitre deux et trois.

4. LE CAS PARTICULIER DES ENFANTS ATTEINTS DU TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME EN PÉDOPSYCHIATRIE

4.1. DÉFINITION DU TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (TSA)

Comme évoqué plus tôt, le trouble du spectre de l'autisme est un trouble complexe et dont les théories sont nombreuses et divergentes (cf. § 1.1). Il est difficile à diagnostiquer à cause de la diversité du spectre. En effet, aucune personne atteinte du TSA ne se ressemble et n'a les mêmes caractéristiques, ainsi la définition du trouble évolue sans cesse. De larges controverses séparent les chercheurs sur les caractéristiques du trouble et plus les recherches avancent, plus il y a de théories. Récemment, avec l'actualisation du DSM-4 au DSM-5²⁹, les particularités sensorielles font maintenant partie de la définition du TSA. Ainsi, les critères diagnostiques sont définis dans deux dimensions symptomatiques. En plus de l'aspect social (déficits persistants de la communication et des interactions sociales), on retrouve le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités³⁰. Ce second aspect recouvre entre autres la notion d'hyper- ou hypo-réactivité³¹ à certaines stimulations sensorielles. Ce sont les deux profils sensoriels les plus rapportés dans les études. Il en existe un troisième qui est la recherche de sensation (Cruveiller, 2019). Les études nous montrent que les personnes atteintes du TSA peuvent vivre une hyperactivité et/ou une hyporéactivité sur les modalités tactiles, auditives, visuelles, du goût et de l'olfaction, ainsi qu'une hyper- ou hyposensibilité vestibulaire³². Aussi, il a été globalement remarqué une fascination pour certaines sensations ou à l'inverse le sentiment de répulsion pour certaines autres (Cruveiller, 2019).

29 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

30 Voir les sites web <https://urlz.fr/bNn7> (consulté le 03/04/22) <https://urlz.fr/iQ5y> (consulté le 03/04/22)

31 Voir le glossaire p. 98

32 Relatif au mouvement du corps et à l'équilibre.

4.2. OBJETS CONTENANTS, OBJETS DE SÉCURISATION : QUELLES ALTERNATIVES À LA CONTENTION POUR L'ENFANT ATTEINT DU TSA ?

Les enfants atteints du TSA ont souvent besoin de contenance car ils peuvent avoir un trouble concernant cela. Le trouble de la contenance se caractérise par le fait de perdre les limites du soi, de perdre la cohérence des morceaux qui le constituent (Decoopman, 2010). De ce fait, il existe différents dispositifs pour aider à se contenir, ce qui aide la personne à se sécuriser ou encore à faire redescendre la crise ou l'agitation. L'objet le plus répandu pour contenir est la couverture lestée. Il existe certaines techniques comme le fait de contenir avec des modules de tapis en mousse ou avec des draps. En 1994, Temple Grandin inventa la machine à câlins (fig. 5) qui permet de serrer le corps grâce à des points de pression pour les personnes hypersensibles. Selon le designer, la pression profonde et le fait de maîtriser la stimulation sont la solution pour résoudre les problèmes sensoriels, d'anxiété, et pour éviter l'automutilation. Plus récemment en 2018, Alexia Audrain (fig. 6) reprend ce principe pour construire un fauteuil à étreindre. L'utilisateur se trouve maintenant dans une posture assise, plus naturelle et pratique. Il peut également décider de la puissance de l'étreinte produite par les parois latérales.



Fig. 5 - La machine à câlins, (années 1990), Temple Grandin.



Fig. 6 - Fauteuil OTO, (2017), Alexia Audrain.

Par ailleurs, comme évoqué précédemment (cf. § 1.1), il existe des outils de sécurisation alternatifs comme les EPI (Équipements de Protection Individuelle) qui peuvent remplacer la contention et l'isolement. Certains de ces outils permettent d'assouplir la contention, comme l'attelle de contention de bras pour restreindre la flexion du coude, les gants, les vêtements de protection, le casque souple pour les cas d'automutilation de la tête, ou encore le *papoose board* permettant une contention sécuritaire du corps plus confortable (fig. 7). D'autres outils sont dits de type *response blocking* et permettent de sécuriser les soignants ou les éducateurs au lieu d'opérer une atteinte physique à l'enfant.



Fig. 7 - *Papoose board*, planche de contention, (années 2000).

Ce sont des coussins, des poufs, des protections à porter sur soi, des manchettes pour protéger des morsures, etc. Il existe également le ballon thérapeutique qui permet d'amortir les chocs et de cloisonner les espaces tout en pouvant garder le contact visuel avec l'enfant. L'avantage de ces outils est de partager l'amorti de la violence, c'est ce qu'on appelle la « vulnérabilité partagée »³³. Le soignant protège l'autre tout en se protégeant soi. La contrainte normalement subie par l'enfant est déplacée car elle est partagée avec le soignant.

4.3. ESPACES HYPOSTIMULANTS, ESPACES HYPERSTIMULANTS : QUELLES ALTERNATIVES À L'ISOLEMENT POUR L'ENFANT ATTEINT DU TSA ?

Il existe deux types d'alternatives à la chambre d'isolement. D'un côté, l'espace hypostimulant, parfois appelé espace calme-retrait, espace de retrait, espace de mise au calme ou encore espace d'apaisement, est appauvri au plan sensoriel et crée une rupture avec l'environnement habituel. Il a une fonction contenante et permet à l'enfant de se retirer du quotidien, d'être coupé des stimulations extérieures pour mieux se calmer. Mostafa parle de « salle échappatoire » (*escape space*) qui permet à l'enfant de se mettre à l'écart d'un trop plein de stimulations et qui aurait des effets rassurants (2018). Ces espaces permettent aussi de s'isoler des regards.

33 Notion établie par Agata Zielinski, abordée dans la thèse de Jean Lefèvre-Utile, (2021).

D'ailleurs, plusieurs études démontrent que l'enfant cherche à échapper aux regards des autres et que cela implique le fait de prévoir des espaces dans lesquels ils peuvent se réfugier et échapper aux regards et à la présence d'autrui (Humphreys, 2011 ; Sadoun, 2016). De plus, dans son étude, Lucie Longuepee observe que lorsqu'il y a la présence de zones de cachette, nous remarquons plus de comportements liés à la recherche d'isolement et moins de troubles du comportement (2015). Par ailleurs, le décryptage du visage d'autrui est une des expériences sensorielles qui saturent le plus les enfants car les informations envoyées par un visage sont multiples et complexes (Lheureux-Davidse, 2018). Finalement, l'espace hypostimulant permet de répondre à une surcharge sensorielle en se retrouvant seul, dans un endroit neutre, hors de la vue des autres mais aussi en permettant de cacher sa propre vision et de réduire totalement les stimuli³⁴ extérieurs visuels. Lors de situation de crise, l'espace est un moyen alternatif pour favoriser le retour au calme et il permet d'agir comme mesure préventive des troubles du comportement pour des situations identifiées (Bellusso et al., 2017). Ces espaces se composent d'un fauteuil, d'un pouf ou d'un matelas, et il y a très peu voire pas d'objets ou d'autres mobiliers. Certaines salles d'hypostimulation ont des revêtements de tapis au sol et aux murs afin d'amortir les coups et contenir le bruit (fig. 8).

D'un autre côté, on trouve l'espace hyperstimulant, qu'on appelle aussi salle sensorielle ou multi-sensorielle. À l'inverse de l'espace hypostimulant, celui-ci fournit de forts stimuli sensoriels dans le but de favoriser la détente corporelle et la relaxation et diminuer les angoisses et l'agressivité grâce aux expériences sensori-motrices, spatiales et corporelles. Ces espaces s'appuient généralement sur le concept des salles *Snoezelen*, comme évoqué plus tôt (cf. § 3.1).

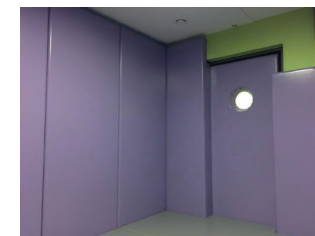


Fig. 8 - Exemple de salle d'hypostimulation avec revêtement de tapis, Nenko.

4.4. RECOMMANDATIONS ARCHITECTURALES

Il semble également utile de relever les concepts architecturaux adaptés aux personnes atteintes du TSA afin de mieux comprendre les aspects qui peuvent apaiser, calmer ou contenir les enfants atteints du TSA. Tous ces concepts nous serviront à améliorer l'espace de retour au calme

34 Voir le glossaire p. 98

de l'hôpital de jour Picot accueillant des enfants de 6 à 12 ans atteints du trouble du spectre de l'autisme. Ce projet s'inscrit dans le cadre de mon stage au lab-ah et que je vais développer dans le deuxième et troisième chapitre de ce mémoire.

De nombreux recueils de recommandations existent afin de guider les architectes pour la construction ou la rénovation d'établissements accueillant des personnes atteintes du TSA. En effet, les besoins de ces personnes sont spécifiques et cela concerne aussi les espaces dans lesquels ils vivent. L'espace peut avoir un impact profond sur l'état, le bien-être et le comportement des personnes atteintes du TSA (Brand et al., 2010). Les bâtiments qui nous entourent sont construits selon les normes et les besoins des personnes neurotypiques³⁵ et ils ne sont pas adaptés aux personnes présentant des atypies neurologiques, comportementales ou sensorielles (Mathieu, 2022). Dans cette synthèse, la plupart des recommandations s'inscrivent dans le contexte d'établissements accueillant des adultes ou des enfants atteints du TSA, tels que des centres d'accueil ou des résidences.

Un espace compréhensible et familier

Les espaces doivent être cohérents, lisibles et simples (Belluso et al., 2017 ; Demilly, 2014 ; Deifell et al., 2009 ; Goyeau, 2008 ; Humphreys, 2011 ; Jacques & Croft, 2013). Pour limiter le désordre visuel, il est conseillé de minimiser les détails visuels et les motifs, comme par exemple le fait d'avoir beaucoup de finitions ou de meubles (Belluso et al., 2017 ; Demilly, 2014). De plus, il s'agit de réduire au maximum les stimulations sensorielles. En effet, les enfants souffrant du TSA sont saturés par les informations sensorielles environnantes. Ils ne peuvent pas les filtrer seuls et tentent de les éviter (Lheureux-Davidse, 2015). Par exemple, concernant les enfants, nous pouvons éviter les matières brillantes et réfléchissantes pour privilégier le lisse et le rugueux (Brand et al., 2010 ; Demilly, 2014). Les guides recommandent aussi de maximiser le caractère familier que peut revêtir les espaces qu'utilisent les personnes atteintes du TSA (Anesm, 2017 ; Belluso et al., 2017 ; Deifell et al., 2009). Cela peut passer par l'installation de matériaux familiers afin de créer un environnement qui ne reflète pas le caractère institutionnel du lieu (Deifell et al., 2009). Face à tous ces aspects, il est intéressant de souligner pour notre projet que les expériences esthétiques peuvent avoir des qualités sensorielles réparatrices (Lheureux-Davidse, 2015).

35 Voir le glossaire p. 98

Appropriation et empowerment

Il est encouragé de créer des espaces flexibles et adaptables pour pouvoir proposer des éléments selon les besoins et la nécessité de chacun (Deifell et al., 2009). Il s'agit de donner la possibilité aux personnes de s'approprier le lieu (Belluso et al., 2017). Dans son guide pour créer des espaces de retrait, l'Anesm (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) propose de construire des protocoles individualisés afin de recueillir les habitudes des personnes pour définir leurs types de besoins de retrait (2017). Donner la possibilité aux personnes de s'approprier l'espace, de le modifier selon leurs besoins sensoriels et comportementaux permet d'amener un sentiment de contrôle, d'autonomie et donc d'empowerment (Brand et al., 2010).

Un espace insonorisé et une chaleur adaptée

Unaniment, les guides s'accordent pour appuyer l'importance d'une bonne isolation acoustique afin de s'adapter à la sensibilité de chacun (Anesm, 2017 ; Belluso et al., 2017 ; Blais, 2016 ; Brand et al., 2010 ; Conseil général de l'Isère Direction Santé Autonomie, 2005 ; Deifell et al., 2009 ; Délégation ministérielle autisme et trouble neurodéveloppemental, 2020 ; Humphreys, 2011 ; Mathieu, 2022). Selon Mostafa, l'acoustique est le facteur architectural le plus impactant sur le comportement des enfants atteints du TSA (2008). Dans certains recueils il est aussi indiqué que les systèmes thermiques doivent être contrôlables pour pouvoir s'adapter aux personnes (Demilly, 2014).

De la lumière naturelle et des couleurs sobres

L'éclairage et les couleurs des pièces sont aussi des aspects primordiaux dans le bien-être des adultes et des enfants atteints du TSA. Il s'agit de privilégier la lumière naturelle et indirecte (Brand et al. 2010 ; Deifell et al. 2009 ; Goyeau, 2008). Le centre d'accueil de jour de Médréac en Ille-et-Vilaine apporte un éclairage naturel zénithal dans certaines salles pour favoriser la concentration (Mathieu, 2022). De plus, dans sa thèse portant sur le TSA et l'architecture, Lucie Longuepee évalue et observe une diminution de troubles du comportement chez des adultes atteints du TSA lorsqu'il y a un niveau de luminosité naturelle plus élevé (2015). Quand elle ne peut pas être naturelle, la lumière doit être incandescente et son intensité variable pour pouvoir s'ajuster selon les personnes (Belluso et al. 2017 ; Blais, 2016 ; Demilly, 2014). Ainsi, il faut éviter la fluorescence, le scintillement et les effets stroboscopiques. De plus, l'éclairage se doit d'être atténué, de même que les couleurs des pièces afin de préserver

et de stimuler à un certain degré les dimensions sensorielles (Conseil général de d'Isère Direction Santé Autonomie, 2005). Ainsi, les couleurs se préfèrent dans des tons neutres, doux, pastels et sobres (Conseil général de d'Isère Direction Santé Autonomie, 2005 ; Blais, 2016 ; Deifell et al., 2009 ; Humphreys, 2011 ; Jacques & Croft, 2013).

Un espace repérable et des transitions douces

Le repérage des pièces et des espaces doit être facilité et renforcé (Belluso et al., 2017 ; Brand et al., 2010 ; Deifell et al., 2009 ; Délégation ministérielle du TSA et trouble neurodéveloppemental, 2020 ; Demilly, 2014 ; Goyeau, 2008 ; Mathieu, 2022). Le lieu peut être délimité grâce à l'ajout de repères, de signalétique, par un changement de couleur ou de matériau. Cet aspect de signalétique concerne aussi les zones d'articulation et de passage. De plus, chaque salle doit avoir un usage bien défini (Deifell et al., 2009 ; Mathieu, 2022). Le centre d'accueil de jour de Médréac propose de poser des aimants sur les portes pour indiquer l'activité de la salle et ainsi ritualiser le moment ouverture/fermeture (Mathieu, 2022). Pour finir, il semble préférable que les transitions entre les espaces soient douces, notamment entre les zones d'activités pour permettre un « recalibrage sensoriel » (Brand et al., 2010 ; Deifell et al., 2009 ; Demilly, 2014). Dans cet esprit, certains recommandent d'utiliser un système de ressort pour que la fermeture des portes se fasse de manière lente et progressive (Blais, 2016).

Des espaces hypostimulants et hyperstimulants

La possibilité de retrait doit être présente dans les établissements adaptés (Blais, 2016 ; Conseil général de d'Isère Direction Santé Autonomie, 2005 ; Deifell et al., 2009 ; Lasalle, 2021). Cela se traduit par la présence d'une salle d'hypostimulation appauvrie en termes de stimulations sensorielles (cf. § 4.3). Il semble aussi apprécié qu'un établissement possède un espace d'hypostimulation ainsi qu'un espace hyperstimulant (cf. § 4.3). En effet, il serait intéressant de proposer différentes atmosphères sensorielles pour graduer les stimulations, cependant il faudrait veiller à bien séparer les zones à forts et faibles stimuli (Belluso et al., 2014 ; Brand et al., 2010 ; Creismas, 2017 ; Deifell et al., 2009 ; Demilly, 2014 ; Jacques & Croft, 2013).

Pour conclure ce chapitre, les mesures coercitives sont des pratiques énormément controversées et remises en cause de par les dommages physiques et psychologiques qu'elles entraînent chez les patients (Jean Lefèvre-Utile, 2021 ; Kersting et al., 2019 ; Nelstrop et al., 2006). Ces derniers racontent ressentir de l'anxiété, de la colère ou encore de l'incompréhension pendant des moments de contention ou d'isolement (Carré et al., 2017 ; Guivarch, 2016 ; Palazzolo, 2004). Les soignants partagent un sentiment négatif lié à de la culpabilité ou de la tristesse (Guivarch & Cano, 2013).

Depuis quelque temps, nous cherchons à améliorer ces pratiques et apparaissent de plus en plus des espaces d'apaisement. Ceux-ci permettent de s'isoler, de s'apaiser, et convoquent plus ou moins des dimensions sensorielles. L'objectif est d'éviter l'escalade vers un état de dysphorie aiguë ou des comportements violents auto ou hétéro agressifs. Nombre d'études prouvent leur efficacité (Hedlund Lindberg et al., 2019 ; Scanlan & Novak, 2015 ; Wiglesworth & Farnworth, 2016). Ces espaces réduisent le niveau d'anxiété des patients, apaisent, rassurent, encouragent la notion d'autonomie, de liberté et permettent de créer un auto-soin émotionnel. Ils ne prouvent cependant pas la réduction de l'utilisation de la contention et de l'isolement, et d'autres études sont nécessaires. L'espace d'apaisement mis en place par le lab-ah complète ces dernières conclusions et semble réduire le temps d'isolement. Les autres expérimentations qui sont en train d'être mises en place ainsi que la diffusion des outils pour créer des espaces d'apaisement dans chaque hôpital vont permettre de compléter ces constats et faire avancer et évoluer les pratiques en hôpital psychiatrique

Par ailleurs, il existe aussi des alternatives à la contrainte spécifiques à la pédopsychiatrie : outils de sécurisation, espaces hypo et hyperstimulants. Nous nous intéressons notamment aux enfants atteints du TSA qui ont diverses particularités sensorielles. Les espaces qui les entourent doivent être adaptés, notamment dans des espaces censés les contenir et les apaiser avant ou pendant les crises (Brand et al. 2010 ; Deifell et al. 2009).

Finalement, il semble que le design peut aider à redéfinir les pratiques de soin liées à la contrainte et à l'isolement en psychiatrie. L'exemple de l'espace d'apaisement du lab-ah le prouve car les designers parviennent à amener de l'apaisement grâce aux valeurs d'hospitalité, d'autonomie, de liberté et d'auto-soin, via des méthodes de co-conception avec les patients et les soignants. Le projet qui sera décrit et analysé dans la suite de ce mémoire permettra de compléter ces arguments et de répondre à la question de recherche.

CHAPITRE 2

DESIGN ET SANTÉ : CADRE MÉTHODOLOGIQUE

5. LE CADRE DU STAGE

5.1. PRÉSENTATION DU LAB-AH : LABORATOIRE DE L'ACCUEIL ET DE L'HOSPITALITÉ

Afin de répondre à la problématique émise en introduction : « De quelles manières le design peut-il aider à améliorer les pratiques de soin liées à la contrainte et à l'isolement en psychiatrie, tout en favorisant l'apaisement ? », nous allons exploiter un terrain d'expérimentation au sein du lab-ah, dans le cadre de notre stage de fin d'étude du Master Design, Innovation et Société de l'Université de Nîmes. Présenté brièvement dans le chapitre précédent (§ 3.3) pour évoquer leurs espaces d'apaisement, le lab-ah explore les nouvelles formes de l'hospitalité pour les patients, familles et professionnels de santé à travers des actions menées dans les services du GHU Paris psychiatrie et neurosciences. Depuis 2016, le lab-ah anime des projets qui sont mis en oeuvre grâce à une équipe pluridisciplinaire :

- Carine Delanoë-Vieux, co-fondatrice du lab-ah et directrice de projets culturels.
- Marie Coirié, co-fondatrice du lab-ah et designer spécialisée dans les champs de la santé et du social.
- Benjamin Salabay, designer.
- Anne-Lise Vernejoul, designer.
- Carine Roudil-D'Ajoux, coordinatrice de projets
- Gaspard Bouhallier, doctorant en histoire

Le lab-ah agit par le biais des méthodes du design d'innovation sociale et de santé ainsi que par les compétences des sciences humaines et du développement culturel. La recherche et le design y ont une place centrale, c'est pourquoi des recherches-projets voient le jour.

Dans une recherche-projet, le designer est aussi un chercheur. Findeli explique que derrière ce terme se profilent des questions de recherche privilégiant la dimension humaine du design, des objets d'investigation qui découlent de celles-ci, des méthodes de recherche privilégiant les pratiques qualitatives et tirées du répertoire des sciences sociales, ainsi qu'un cadre théorique inscrit dans des conditions qu'il nomme « homme-de-projet » et « homme-en-projet » (Findeli, 2005). Ainsi,

la recherche-projet permet de mettre en parallèle la recherche scientifique et les projets et expérimentations mis en place *in situ*³⁶ dans les services du GHU. En effet, l'un des avantages du lab-ah est d'être intégré à l'hôpital et d'avoir accès à un large terrain d'expérimentation. Via ces méthodes, la collaboration avec les parties prenantes du projet est évidente et essentielle à la conception de chaque projet. Dans un article, Marie Coirié et Carine Delanoë-Vieux expliquent :

« La philosophie générale de la démarche du lab-ah est basée sur la participation effective des individus, qu'ils soient professionnels ou usagers. Elle se traduit dans la méthode par la mise en œuvre de dispositifs collaboratifs au sein desquels les participants sont mis en situation de mobiliser leur créativité, leurs expériences et leur expertise. Car les professionnels sont encore nombreux à considérer les usagers comme bénéficiaires des améliorations que l'Institution pourrait apporter plutôt que comme des partenaires actifs de ces transformations. Alors même que les représentants des usagers expriment le désir tenace que les patients et les familles soient activement collaboratifs à la conception et à la mise en œuvre des services qui les concernent. » (Delanoë-Vieux, Coirié, Coubard-Millot, et al., 2019)

5.2. PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE-PROJET

Notre terrain d'expérimentation s'inscrit dans un des grands axes de travail exploité par le lab-ah : l'apaisement en psychiatrie. Cet axe regroupe par exemple le projet des espaces d'apaisement (cf. § 3.3), un projet de dispositif sonore immersif, ou encore le projet d'espace de retour au calme en pédopsychiatrie que nous allons développer dans la suite de ce mémoire.

Le projet a été proposé par les professionnelles de l'hôpital de jour de Picot (Paris 16e arr.), accueillant des enfants de 6 à 12 ans atteints du TSA. Ces enfants alternent leur présence à Picot avec leur école,

36 Dans son milieu naturel, dans l'endroit même où le phénomène/l'objet est observé.

notamment dans des classes Ulis³⁷. L'équipe de l'hôpital a demandé au lab-ah d'améliorer une salle qui permet de favoriser un retour au calme lors de situation de crises des enfants, et qu'elles nomment justement « salle de retour au calme ». Cet espace n'a pas le même rôle que les espaces d'apaisement décrits dans le chapitre précédent (cf. § 4.3). En effet, celui-ci joue un rôle dans la gestion de la crise et non dans sa prévention. Il s'apparente plutôt à un espace qui isole pendant la crise.

Ainsi, maintenant que nous avons exploré des études et des expérimentations d'espaces d'apaisement en psychiatrie adulte qui ont pour but d'être une alternative à l'isolement et à la contention, il semble pertinent de s'intéresser aux espaces qui existent en pédopsychiatrie afin de remplacer les lieux qui peuvent isoler l'enfant sous la contrainte.

Nous n'avons pas trouvé de récits d'expérimentation ou d'analyse portant sur le sujet. La recherche semble alors très faible et les existants se résument aux espaces hypostimulants et hyperstimulants, comme décrits plus tôt (cf. § 4.3). Nous avons aussi fait état des existants concernant les équipements et les objets permettant la contention ou la gestion de la crise (cf. § 4.2). L'intérêt de raconter cette recherche-projet dans ce mémoire réside dans le fait d'observer et d'analyser la recherche, la création et la mise en place d'un espace de gestion de la crise en pédopsychiatrie. La question de projet se traduit alors de cette manière :

Comment concevoir de manière collaborative des espaces de retrait et de gestion de crise favorisant l'apaisement dans le but d'améliorer les pratiques de soins en pédopsychiatrie auprès d'enfants atteints du TSA ?

Ce questionnaire et cette recherche-projet vont nous aider à répondre à notre question de recherche émise en introduction.

37 Unité Localisée d'Inclusion Scolaire. Les classes Ulis permettent la scolarisation dans le premier et le second degrés d'un petit groupe d'élèves présentant des troubles compatibles.

6. LES MÉTHODES DE DESIGN

6.1. LE DESIGN D'INNOVATION SOCIALE

Nicolas Nova définit le designer comme une sorte d'enquêteur, toujours confronté au réel, et qui combine divers moyens et méthodes pour créer ses projets. Le designer enquête, observe, s'immerge, écoute, interroge, dessine, teste, expérimente, crée, échange, collabore. Le design est une discipline large qui tire ses méthodes de divers domaines tels que les sciences sociales ou encore le journalisme (Nova, 2021).

Le design peut être qualifié d'innovation sociale lorsque la démarche est participative, centrée sur les attentes des usagers et lorsque l'objectif est de répondre à un enjeu social ou environnemental³⁸. La finalité du design d'innovation sociale passe par le biais du design de produits, d'espace, graphique ou de services³⁹. Le design est alors une démarche, un outil pour mettre en place l'innovation sociale, qui est défini en France comme ceci (selon la loi relative à l'économie sociale et solidaire, article 15) :

« Est considéré comme relevant de l'innovation sociale le projet d'une ou de plusieurs entreprises consistant à offrir des produits ou des services présentant l'une des caractéristiques suivantes :

- 1. Soit répondre à des besoins sociaux non ou mal satisfaits, que ce soit dans les conditions actuelles du marché ou dans le cadre des politiques publiques ;*
- 2. Soit répondre à des besoins sociaux par une forme innovante d'entreprise, par un processus innovant de production de biens ou de services ou encore par un mode innovant d'organisation du travail. Les procédures de consultation et d'élaboration des projets socialement innovants auxquelles sont associés les bénéficiaires concernés par ce type de projet ainsi que les modalités de financement de tels projets relèvent également de l'innovation sociale. »*

38 Voir le site web : <https://miniurl.be/r-45px> (Consulté en 04/22)

39 Démarche se basant sur le parcours de l'utilisateur pour concevoir des solutions afin de faciliter un service.

Le guide de l'innovation sociale de l'Observatoire Régional de l'Économie Sociale et Solidaire de Provence-Alpes-Côte d'Azur (2015) propose cinq critères permettant de caractériser l'innovation sociale. Tout d'abord, un projet d'innovation sociale doit répondre à des besoins sociaux non ou mal satisfaits par le marché ou l'État. De plus, le processus pour y parvenir doit être participatif. L'intérêt est de prendre en compte toutes les parties prenantes et de les associer au projet pour mieux innover et concevoir de nouveaux dispositifs avec et pour eux. C'est ici qu'interviennent les méthodes de design. Nous développerons le design participatif ancré dans le milieu de la santé dans une prochaine partie (cf. § 6.3). Troisièmement, l'innovation se crée grâce aux liens entre les acteurs du territoire concernés par l'activité. Ensuite, la redéfinition du modèle économique fait partie des dimensions prépondérantes de l'initiative. Il est important d'intégrer les dimensions non-matérielles telles que le bénévolat. Pour finir, les projets supposent un questionnement sur la valeur créée. L'évaluation globale des impacts du projet sont nécessaires. (Guérin, Richez-Battesti, 2015)

6.2. LE DESIGN & CARE

L'hôpital et les lieux de soin en général sont étendus au double sens de *cure*⁴⁰, qui signifie le geste curatif, l'action de soigner, et de *care*⁴¹. Ce dernier terme se définit par le souci ou l'inquiétude couplée aux notions d'attention et d'accompagnement. Il s'agit de prendre soin (Delanoë-Vieux, Coirié, Salabay, et al., 2019 ; Morvillers, 2015). Dans le contexte des lieux de soins, le *care* a une place secondaire face au *cure* alors qu'il mériterait une meilleure prise en compte. Il doit être mis en perspective et reconnu comme une valeur par l'institution (Morvillers, 2015). D'ailleurs, les soignants revendiquent cette notion. Il est en effet important d'instaurer une relation sensible, respectueuse et de créer un lien avec les patients, ce qui permettrait aussi de mieux adhérer au soin proposé (Moreau, 2010).

Les designers favorisent et outillent le *care* au sein des missions des services publics. Ils ont le rôle « d'ouvrir des portes, de donner la possibilité aux gens d'aller plus loin. » (Delanoë-Vieux, Coirié, Salabay, et al., 2019). Pour faire cela, ils accompagnent les usagers dans un sentiment de confiance et d'hospitalité. Il s'agit de donner forme au projet en plaçant en son centre la bienveillance et le bien-être. La Fabrique de l'hospitalité, qui

40 Voir le glossaire p. 98

41 Ibid.

est le laboratoire d'innovation des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, défini cela par le terme d'esthétique hospitalière, et explique :

« Nous croyons qu'il se dégage une forme de beauté naturelle et universelle propre aux espaces et aux objets bien pensés, dessinés à l'intention de ceux qui vont les pratiquer. Selon nous, l'attention portée aux usagers par la mise en place d'un parcours fluide, d'une information claire, d'une lumière adaptée, de mobiliers confortables, de matériaux de qualité, d'une attention aux sons et aux odeurs ou encore à la température crée cette atmosphère que nous nommons "esthétique hospitalière". Il s'agit, tant pour les patients et leurs proches que pour le personnel, de ne pas ajouter à l'affliction, de soulager et d'apporter, par l'attention portée à l'environnement, un peu de mieux-être. » (Laboratoire d'innovation des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, p.122, 2018)

Ils ajoutent également que le designer risque d'être pris pour un décorateur, dans le contexte d'espaces à l'hôpital. Au sein du lab-ah, le constat est le même : « Quand on ne vient pas du design, la création ça s'apparente à de la décoration. » (Marie Coirié, le 14 juin 2022, lors d'une réunion). Les personnes ont tendance à ne voir la forme que comme un objet ayant seulement une dimension esthétique et non rattaché au projet de soin. Or « travailler la forme, c'est travailler l'idée » (Laboratoire d'innovation des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, p.122, 2018). La volonté derrière chaque production est de mieux accueillir, mieux guider, mieux informer ou encore permettre un mieux-être. Pour faire cela, il semble important que le designer fasse partie intégrante des équipes de projets en milieu de soins (Côté et al., 2017).

6.3. LE DESIGN PARTICIPATIF EN SANTÉ

Au sein de cette démarche design & care s'inscrit presque intuitivement l'approche participative et collaborative. Créer l'hospitalité et favoriser le bien-être des usagers nécessitent leur participation à la conception et à la réflexion du projet. Cette approche se développe depuis un certain temps dans les services publics pour faire la ville, et depuis peu pour faire l'hôpital. Carine Delanoë-Vieux parle du rôle du design à l'hôpital en ces termes :

« L'arrivée du design à l'hôpital est à cet égard une véritable opportunité pour offrir aux personnels hospitaliers et aux usagers les modalités de leur participation effective à la conception des environnements de travail et de soins. Favorisant ainsi le déplacement de la figure du patient utilisateur de services vers celle du patient partenaire dans l'élaboration des formes. Mais c'est aussi restaurer une capacité d'agir indispensable aux professionnels. » (Delanoë-Vieux, Coirié, Salabay, et al., p.15, 2019)

Le rôle du patient-partenaire, ou patient-expert, émerge peu à peu mais nécessite une autonomisation des patients (Laboratoire d'innovation des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 2018). Justement, cette pratique leur permettra d'arriver à favoriser leur empowerment. Les projets collaboratifs de soins gagnent à intégrer les patients dans leur réflexion car leur savoir expérientiel est précieux. Ils sont les seuls à percevoir sous un certain angle les points forts et faibles des services de l'hôpital. Les patients doivent devenir un partenaire dans le développement des services de soins (Côté et al., 2017) mais aussi du système de santé (Delanoë-Vieux, Coirié, Coubard-Millot, et al., 2019). Le design, par ses méthodes qui intègrent l'expérience, l'usage et l'humain, participe à cette transformation de l'utilisateur partenaire (Delanoë-Vieux, Coirié, Coubard-Millot, et al., 2019). Durant notre stage au lab-ah, il était réjouissant de remarquer à quel point la plupart des soignants sont motivés par la démarche et impliqués dans les projets. Lors d'une réunion avec des soignantes, l'une d'entre elles explique que le fait d'intégrer les patients aux réunions de projet intra-service n'est pas encore naturel et qu'il y a encore du chemin à faire, mais que cela est important car « ce sont des collaborateurs. » (une infirmière, le 18 mai 2022, réunion avec les soignants)

L'artiste James Leadbitter a bien compris cela en ayant réalisé des ateliers avec de nombreux patients dans le but de construire l'espace de service psychiatrique rêvé pour eux (fig. 9). Toujours dans le contexte psychiatrique, Sophie Larger, artiste, designer et professeure à l'ENSAD (École Nationale Supérieure des Arts Décoratifs de Paris) a mené des ateliers participatifs Ré-confort (fig. 10). Ils ont été effectués avec



Fig. 9 - Madlove : a designer asylum, (2015), James Leadbitter.



Fig. 10 - Ateliers Ré-confort, (2021), Sophie Larger.

les soignants de l'UHSA (Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée) de Villejuif, structure destinée aux personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques. L'objectif était d'expérimenter et de tester une série de dispositifs articulés autour d'un travail sur la matière, la couleur, le motif et la lumière. Ces expériences avaient pour but de comprendre et d'évaluer l'impact de ces dispositifs sensoriels sur les émotions en vue d'imaginer l'espace d'apaisement de l'UHSA.

Autre exemple hors milieu psychiatrique, APF handicap France en partenariat avec le Groupe Seb ont mis en place le *Good design Playbook* (fig. 11), un guide de bonnes pratiques de conception permettant de rendre les usages du quotidien accessibles à tous. Le guide présente des analyses, des recommandations, des outils ainsi que des méthodes de conception imaginées grâce au design inclusif. L'objectif est de pouvoir décliner dans n'importe quel secteur ces méthodes transverses, pour pouvoir monter son propre projet de conception. Pour créer cela, des designers ont travaillé et co-construit autour d'une étude de cas (l'action de cuisiner) avec des personnes en situation de handicap. Ils les ont intégrés à chaque phase de conception, de l'observation à l'évaluation en passant par l'idéation et le

prototypage. Cela permet de s'appuyer tout au long du projet sur les savoirs et les expériences des personnes concernées par les problématiques afin de développer des solutions répondant de la manière la plus juste aux besoins évoqués.

Au final, cette approche du *faire avec* est une nécessité car cela permet de co-construire des réponses qui correspondront au mieux aux personnes impliquées et concernées. Dans le milieu hospitalier, cela permet également de mieux percevoir les contraintes et les impossibilités induites par le contexte hospitalier, qui sont connues des soignants et des usagers, et non de tous. L'intérêt est également de s'assurer d'une meilleure intégration du projet dans son environnement (Delanoë-Vieux, Fontaine, et al., 2019).

6.4. LE DESIGN PARTICIPATIF AUPRÈS DES ENFANTS

Dans la recherche-projet à laquelle nous avons contribué durant notre stage (cf. § 5.2), nous nous intéressons aux enfants atteints du TSA. Notre démarche a été de concevoir le projet avec les soignantes et les éducatrices mais aussi à un certain niveau avec les enfants.

D'après l'informaticienne Druin, les enfants peuvent assumer principalement quatre rôles dans le design lié aux projets informatiques : utilisateur, testeur, informateur et partenaire du design (2002). Ces rôles semblent pouvoir s'adapter dans le contexte du design en général et notamment du design en pédopsychiatrie. Dans notre projet, nous avons donné une place d'informateur aux enfants, c'est-à-dire qu'ils jouaient un rôle dans le processus de conception à certaines étapes, là où nous estimons que leur contribution était nécessaire.

Dans le processus participatif de design avec les enfants, il y a des difficultés qui résident dans le fait que l'adulte doit gérer l'enfant, qui peut devenir impatient ou inattentif par exemple. Il est important de savoir animer un atelier, susciter l'intérêt chez les enfants et aussi adapter ses propos et ses outils au niveau de leur compréhension. Il est nécessaire de savoir trier les informations que nous recevons. Tout ce que dit ou crée l'enfant ne peut pas être intégré au projet. De plus, l'adulte doit connaître en amont quelles informations il veut obtenir des enfants. Pour cela il est important de savoir à quel moment il veut faire intervenir les enfants dans le processus de création (Druin, 2002).

En contrepartie, faire participer les enfants dans la réflexion d'un projet est une grande force. Ils apprennent à travailler avec d'autres personnes

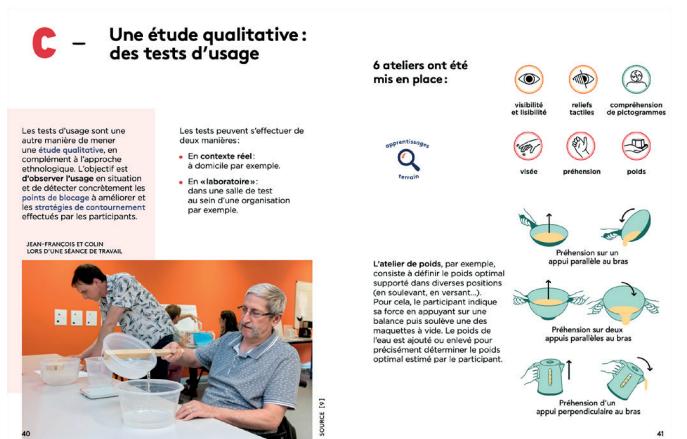


Fig. 11 - Pages extraites du *Good design playbook*, (2020), APF France Handicap & Groupe SEB.

et peuvent prendre conscience de leurs capacités de communication et de collaboration (Druin, 2002). Aussi, le résultat obtenu répondra plus fidèlement à leurs besoins (Valente et al., 2020). De plus, la participation favorise leur autonomie et renforce leur capacité d'agir à différents degrés selon le rôle qu'on leur donne. Cela renforce leur confiance sur le plan scolaire et social et ils ressentent qu'ils ne sont pas de simples usagers mais aussi des créateurs (Druin, 2002). En voyant le résultat final, ils savent qu'ils ont contribué à la création et cela leur permet par ailleurs de mieux se l'approprier.

Cet *empowerment* est d'autant plus important chez les enfants atteints de troubles psychiques car, pour la plupart, ils ont du mal à atteindre une autonomie. De nombreux psychiatres et auteurs affirment que la participation renforce la satisfaction, la motivation, la confiance envers les autres, améliore l'estime de soi, les compétences sociales et l'autonomie, chez les enfants atteints de troubles. Le concept d'autonomie englobe implicitement la participation, et les soignants deviennent alors les « facilitateurs de l'autonomie » (Zerbe & Lefèvre-Utile, 2021). Par contre, la limite est qu'une participation à une décision importante peut potentiellement surmener les capacités cognitives ou émotionnelles de l'enfant. Il peut aussi y avoir des obstacles de terrain liés aux dispositions des professionnels, à l'organisation des hôpitaux, ou encore à la réticence des patients eux-mêmes. Par ailleurs, il est important de préciser que tous les enfants sont différents et qu'il est donc important de s'adapter aux capacités de chacun dans les modalités de participation (Zerbe & Lefèvre-Utile, 2021).

Chantal Dugave, artiste et architecte, raconte qu'elle a mené en 2018 un projet à l'Hôpital de jour Compont à Paris. L'objectif était de concevoir des dispositifs en bambous avec les enfants pour végétaliser la cour. Le *faire avec* a permis d'être un moyen d'expression pour les enfants qui ont pu manipuler, expérimenter, construire selon leurs envies. Le projet a contribué à les responsabiliser et il a été remarqué la disparition de symptômes psychotiques, qui se traduisent souvent par des actes de violences, pendant l'activité. Pour finir, Dugave donne l'exemple d'une petite fille atteinte du TSA qui avait mis son cœur à l'ouvrage dans sa structure en prenant les branches récupérées d'une structure en osier déjà existante. Elle voulait prolonger le moment de l'activité. Cela nous montre à quel point le plus important n'est pas forcément la finalité mais le processus du *faire* (Delanoë-Vieux, Fontaine, et al., 2019).

7. DESCRIPTION DES MÉTHODES UTILISÉES DANS LA RECHERCHE-PROJET

7.1. LES RÔLES ATTRIBUÉS

Au sein du projet d'amélioration de la salle de retour au calme en pédopsychiatrie, les enfants avaient un rôle d'informateur⁴² (Druin, 2002). Leur avis et leur participation étaient nécessaires pour nous et nous les avons sollicités à certains moments du projet : lors de la phase d'immersion et lors des ateliers de co-création. Les enfants atteints du TSA sont généralement peu à l'aise lors de la présence de personnes et de visages inconnus, de ce fait il était compliqué d'interagir avec eux. La plupart du temps, la communication passait par les soignantes et les éducatrices. Chaque enfant a des atypies et des troubles différents. Les professionnelles les connaissent et savent comment agir et communiquer avec chacun d'eux. Ces dernières avaient un rôle de partenaires, de collaboratrices dans le projet, encadré par les designers du lab-ah. En effet, les designers créent le cadre, apportent les méthodes de design pour chaque étape du projet, créent les outils et les maquettes. Souvent, pour chaque réunion de projet nous arrivions avec des méthodes, des idées, que l'on présentait, discutait et travaillait avec l'équipe soignante et pédagogique.

7.2. IMMERSION, OBSERVATIONS ET ÉCHANGES

Au début du projet, nous avons besoin d'observer le quotidien des enfants et des professionnelles de l'hôpital de jour Picot. Nous nous sommes immergées pendant deux jours dans leur locaux, le 8 et 9 février 2022. Nous prenions une position d'observation non participante auprès des enfants et plus active auprès des soignantes et des éducatrices avec qui nous pouvions discuter et poser des questions. L'objectif était d'observer les espaces et la manière dont ils étaient investis, l'organisation des journées

42 Cf. § 6.4

nouvelle salle de retour au calme et par quelles manières ils peuvent l'investir et se l'approprier. D'autre part, nous voulions relever ce qui leur provoque du bien-être en termes de sensorialité (toucher, sons, lumières, couleurs, formes). Nous avons vu que les personnes atteintes du TSA peuvent être hyposensibles ou hypersensibles (cf. § 4.1). Leur rapport au sensoriel est particulier et peut potentiellement provoquer un effet calmant et déstressant. De plus, il était important d'interroger leur rapport à l'espace (zones de perceptions et de sécurité, limites et bords corporels, postures corporelles). En effet, il est difficile d'intégrer la sécurité des limites spatiales chez les enfants atteints du TSA. Ils sont donc souvent à la recherche d'expériences de ces limites qui se traduisent notamment par des stéréotypies⁴³ comme le fait de longer un mur avec le regard rivé à moins de 10 cm de la surface. En outre, la saturation sensorielle affecte la capacité à évaluer les bords qui forment les limites de l'espace (Lheureux-Davidse, 2018a).

Après réflexion au lab-ah, nous avons proposé sept idées d'ateliers à l'équipe soignante (cf. annexe 3). Il était nécessaire qu'elles amènent leur expertise mais aussi que nous construisions ensemble ces ateliers, pour aller dans la continuité de notre projet qui se veut le plus collaboratif possible. Ainsi, le but était de modifier, valider ou réfuter les idées mais aussi de leur proposer d'en apporter de nouvelles. Puis, nous avons consolidé les ateliers ensemble et décrit leur protocole (fig. 13). Par exemple, les soignantes nous ont conseillées d'accueillir un à deux enfants par atelier, animé et encadré par une personne de leur équipe et une personne du lab-ah. En effet, il est important que les enfants soient peu nombreux, comme ils le sont lors des activités au sein de l'hôpital de jour, afin de

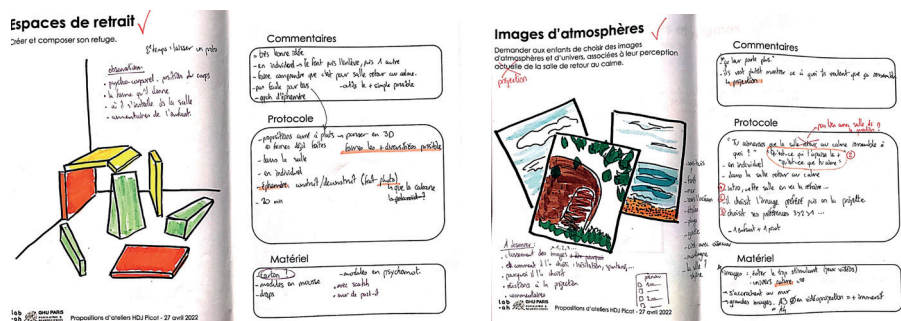


Fig. 13 - Extraits de prises de notes pendant la réunion sur les ateliers, (27 avril 2022), Lou Radigois.

minimiser les facteurs de conflits ou de crises. Une soignante ou une éducatrice doit être présente car elles connaissent bien les enfants et savent s'en occuper. Par ailleurs, une seule personne du lab-ah peut être présente car les enfants ont généralement du mal à être en présence de personnes qu'ils ont vu peu de fois. Les professionnelles de Picot avaient le rôle d'animatrice tandis que celles du lab-ah étaient plutôt dans un rôle d'observatrice. Les enfants tenaient quant à eux un rôle d'informateur⁴⁴ (Druin, 2002). Nous les avons invité à participer, interagir, faire des choix et essayer de communiquer leurs ressentis. Chaque atelier a été fait avec six à huit enfants et dans la salle de retour au calme pour trois ateliers. Il était important de bien faire comprendre aux enfants le but des ateliers (ré-inventer la salle de retour au calme avec eux) en verbalisant et en les mettant en action au sein de la salle.

Suite à notre réunion, nous avons décidé de quatre ateliers décrits ci-dessous (cf. annexe 4). Pour chacun d'entre eux, nous avons rassemblé ou créé les outils nécessaires.

Sons, lumières et volumes

Dans le premier atelier, nous invitons l'enfant dans la salle de retour au calme dans laquelle il lui est proposé trois assises : un pouf rempli de billes en polystyrène, un tapis au sol et des tapis formant l'angle du mur (fig. 14). L'enfant est invité à choisir une assise, puis à regarder différentes ambiances lumineuses et choisir celles qui l'apaisent le plus. Nous finissons par l'écoute de plusieurs sons relaxants. Dans cet atelier, nous voulions observer les préférences sonores, visuelles mais aussi corporelles et spatiales via les assises.



Fig. 14 - Installation de l'atelier « sons, lumières et volumes », (mai 2022).

Espaces de retrait

Dans un second atelier, nous proposons à l'enfant d'investir et de moduler selon ses envies des structures permettant de se cacher ou de s'isoler des regards (fig. 15). Nous l'avons compris,

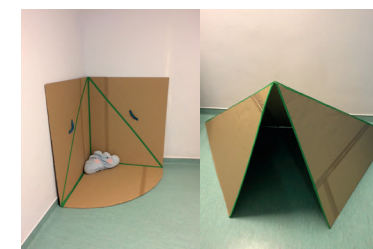


Fig. 15 - Installation de l'atelier « espaces de retrait », (mai 2022).

43 Voir le glossaire p. 98

44 Cf. § 6.4

souvent les enfants cherchent à fuir le regard des autres, notamment dans des moments de crises⁴⁵ (Humphreys, 2011 ; Longuepee, 2015 ; Sadoun, 2016). Pour ce faire, nous avons construit et disposé deux structures en carton : l'une installée dans un angle de la salle dont les parois peuvent se rabattre, et une autre sous forme de tapis qui se replie.

Images d'atmosphères

Le troisième atelier permet de connaître les préférences des enfants concernant l'univers que peut revêtir la salle. Des images d'atmosphères et de nature sont affichées dans la salle et l'enfant est invité à choisir trois images qu'il préfère (fig. 16). Ensuite, l'enfant s'installe dans un fauteuil pour regarder sa sélection d'images projetées au mur.



Fig. 16 - Installation de l'atelier « images d'atmosphères », (mai 2022).

Créer son accessoire relaxant

Dans un dernier atelier, chaque enfant peut composer son accessoire sensoriel qu'il pourra garder avec lui, grâce à des matériaux mis à disposition (fig. 17). Il y a des contenants (gants en latex, ballons de baudruche, collants, pochettes en plastique) à combiner avec plusieurs contenus (lentilles, farine, billes d'eau, sable cinétique). L'objectif est d'identifier les matériaux qui leur plaisent et qui les apaisent, et ainsi mieux discerner leurs préférences sensorielles (au niveau du toucher, de la vue, de l'ouïe et de l'odorat). En effet, nous voulons amener des aspects sensoriels apaisants dans la salle tout en sachant que chaque enfant a des sensibilités différentes. L'idée est de pouvoir adapter et moduler la salle en fonction de chacun.



Fig. 17 - Installation de l'atelier « créer son accessoire relaxant », (mai 2022).

Nous avons également créé des fiches pour prendre note de nos observations pendant chaque atelier pour chacun des enfants (cf. annexe 5). Nous voulions relever les paroles des enfants, leur justification concernant

leur choix (d'images, de matériaux, de sons, de lumières, d'assises) mais aussi observer leurs réactions corporelles et émotionnelles ainsi que leur postures et les manipulations pour certains ateliers (fig. 18).

Suite aux ateliers, nous avons commencé à penser à la conception de la salle. Concernant les travaux de fond, nous devons déléguer à la Direction des travaux du GHU. Le reste de la conception et de l'aménagement sera fait par le lab-ah. Pour concevoir les idées, nous avons commencé par proposer un cahier d'intention à l'équipe soignante et pédagogique. Actuellement, les idées sont en train de se développer et d'émerger.



Fig. 18- Extraits de prises de notes pendant les ateliers, (mai 2022), Anne-Lise Vernejoul, Lou Radigois.

7.5. LA MÉTHODE D'ÉVALUATION

Afin d'évaluer les impacts de ce projet, il était nécessaire d'établir une méthode et un protocole sur le long terme. Pour nous accompagner sur cette étape, le lab-ah a fait appel à l'expertise de Premiers CRIS⁴⁶, une structure de design et de recherche sur la petite enfance, intégrée au *Learning Planet Institute*. Via une démarche de recherche collaborative alliant créativité et sciences, Premiers CRIS œuvre à améliorer l'accueil des jeunes enfants et à réduire les inégalités de développement dès la petite enfance.

L'évaluation porte sur deux aspects. D'une part, nous évaluons le ressenti de l'équipe soignante et pédagogique vis-à-vis de la salle de

45 Cf. § 4.3

46 <https://url.fr/iNDZ>

retour au calme, grâce des entretiens semi-dirigés. Il est évalué par exemple leur perception de la salle, leur impression concernant leurs pratiques et le sentiment d'avoir le choix ou non de leur mise en œuvre, mais aussi le sentiment de culpabilité qu'il peut y avoir concernant l'usage de la salle.

D'autre part, il s'agit d'observer les usages de la salle via un questionnaire à remplir par les professionnelles après chaque passage d'un enfant dans la salle (cf. annexe 6). Sont évalués entre autres les signes pré-crisis, la nature de l'intervention, les techniques employées pour calmer la crise, la durée et l'intensité de celle-ci, les gestes et usages de l'enfant, l'apaisement et les émotions après la crise. Cette fiche nous permet donc d'identifier les vécus émotionnels des enfants. Ce critère primordial est évalué principalement par l'intermédiaire des soignantes et des éducatrices car les enfants ont beaucoup de mal à exprimer leurs ressentis et même à les identifier.

La méthode établie consiste à évaluer ces deux critères en trois étapes : avant la modification de la salle, puis un mois et six mois après sa création pour comparer l'évolution. Malheureusement, nous ne pourrons pas avoir les résultats de l'évaluation pendant la durée du stage, qui ne seront donc pas présents dans notre analyse ni dans ce mémoire. Nous ne pourrons pas non plus présenter les résultats des entretiens avec les professionnelles concernant l'évaluation pré-installation de la salle de retour au calme. Cependant, nous avons récolté quelques données sur leurs ressentis liés à la salle actuelle lors de l'immersion et des réunions d'équipe. Ensuite, les usages de la salle avant sa rénovation seront évalués via le questionnaire pendant le mois de septembre. Par contre, nous avons récolté des informations concernant les usages actuels de la salle pendant l'immersion et lors de l'entretien fait avec l'infirmière. La conception et les travaux de la salle n'ont pas encore de date fixe mais se feront dans les mois prochains. Ainsi, l'évaluation post installation se fera fin 2022 ou début 2023 (1 mois après) puis en milieu 2023 (6 mois après).

Pour conclure ce chapitre, le design d'innovation sociale met au cœur de sa démarche l'humain et permet d'agir afin de répondre à des besoins sociaux (Guérin, Richez-Battesti, 2015 ; Nova, 2021). Pour cela, il peut s'intéresser au domaine du soin dans lequel le designer prend de plus en plus de place. Ainsi, le design & care permet de mieux accompagner et d'améliorer le vécu des patients, des proches et des soignants, dans un milieu où le geste curatif peut apporter de l'ombre au fait de prendre soin de la personne (Laboratoire d'innovation des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 2018).

Pour mener à bien des projets relevant de ces types de design, le *faire avec* est un procédé incontournable (Delanoë-Vieux, Coirié, Salabay, et al., 2019). Impliquer les personnes concernées et travailler avec elles permet de créer des solutions qui répondent aux mieux à leurs besoins et à leurs usages, tout en leur permettant de mieux s'approprier la création. Lorsqu'il s'agit de travailler avec des enfants atteints de troubles cognitifs ou psychiques, cette méthode permet également de favoriser entre autres l'autonomie, la capacité d'agir et l'estime de soi. Cependant, les difficultés peuvent apparaître nombreuses et cela demande de s'adapter à chaque enfant car ils ont tous des spécificités différentes (Zerbe & Lefèvre-Utile, 2021).

Le projet d'amélioration de la salle de retour au calme mené à l'hôpital de jour Picot pendant notre stage au lab-ah nous a permis de mettre en pratique ces méthodes. Nous avons travaillé et collaboré avec l'équipe soignante et pédagogique tout au long du projet et nous avons impliqué les enfants en leur donnant un rôle d'informateur. Dans ce projet, nous sommes passées par une phase d'immersion et d'échanges afin de comprendre le quotidien des professionnelles et des enfants. Nous avons exploré le sujet et réfléchi à la création de la salle avec les professionnelles ainsi qu'avec les enfants par le biais d'ateliers de co-création.

Le prochain chapitre explicite et analyse les impacts liés aux méthodes collaboratives menées auprès des professionnelles et des enfants lors de ce projet. Aussi, nous analyserons et discuterons les résultats concernant les partis pris créatifs de la salle de retour au calme.

CHAPITRE 3

LA SALLE DE RETOUR AU CALME, ENTRE ADAPTABILITÉ ET SENSORIALITÉ : RÉSULTATS ET ANALYSE

8. ANALYSE DES RÉSULTATS LIÉS AUX MÉTHODES DE CO-CONCEPTION

Ce dernier chapitre permet de rendre compte et d'analyser les données récoltées lors du projet. La partie 8 est dédiée à l'analyse des résultats et des impacts concernant les méthodes de design employées, vis-à-vis des professionnelles et des enfants.

8.1. LES INTERACTIONS AVEC LES ENFANTS

Tout d'abord, nous commencerons par décrire l'impact concernant les enfants. Nous les avons rencontré pour la première fois lors de l'immersion. Il était difficile de savoir comment les approcher. Souvent, ils ne répondaient pas à nos paroles ou alors très rapidement. En effet, comme évoqué plus tôt, certains enfants atteints du TSA ont du mal à se sentir à l'aise avec des personnes qu'ils connaissent peu et qui leur sont presque inconnues (cf. § 7.4). Au départ, ils semblaient déstabilisés par notre présence. Beaucoup nous ont demandé qui nous étions et ce que nous faisons ici. Les échanges furent donc brefs et s'effectuaient parfois par l'intermédiaire d'une soignante ou d'une enseignante.

Durant les ateliers, les enfants étaient beaucoup plus sollicités. Ils avaient un rôle d'informateur⁴⁷ (Druin, 2002). Nous les invitons à participer, interagir, faire des choix et essayer de communiquer leurs ressentis. Globalement, leur capacité de concentration était limitée et ils avaient du mal à rester en place. Nous avons pu les observer calmes, concentrés et plus impliqués lors de l'atelier sur la construction des accessoires sensoriels et lors des tests de cabanes en carton. Nous sommes arrivées au constat que les enfants s'impliquent plus lorsqu'il y a du *faire*, de la construction, par rapport aux activités où nous leur demandons d'observer et de répondre à des questions. Cela rejoint le constat du projet à l'hôpital de jour Compoint dans lequel le processus du *faire* semblait, pour certains enfants, plus important que la finalité⁴⁸ (Delanoë-Vieux, Fontaine, et al.,

47 Cf. § 6.4

48 Ibid.

2019). De plus, dans chaque atelier, nous demandions à l'enfant de faire des choix, or nous avons remarqué que c'était très compliqué pour eux et beaucoup n'avaient pas cette capacité. De même, la communication sur leurs ressentis était compliquée et non naturelle. Mis à part ces limites, les enfants étaient intéressés par chaque atelier. Ils ont apprécié y participer et pouvoir donner leurs idées sur la nouvelle salle de retour au calme. Leur contribution au projet via les ateliers de co-construction leur ont provoqué un sentiment de satisfaction, ce qui est un bienfait majeur de la méthode collaborative (Zerbe & Lefèvre-Utile, 2021). Aussi, le fait d'avoir effectué la plupart des ateliers dans la salle de retour au calme et d'avoir expliqué à chaque enfant le but des ateliers leur ont fait comprendre l'importance de leur rôle pour la conception de la nouvelle salle.

Finalement, nous avons plus appris par l'observation du comportement des enfants que par les interactions qu'il a été possible d'avoir avec eux. De plus, si nous reconduisons cette expérience, nous nous axerions plutôt sur des ateliers dans lesquels les enfants construisent quelque chose avec l'adulte et où nous ne leur imposons pas de faire des choix. Pour finir, nous ne sommes pas certaines que les ateliers reflètent véritablement les besoins des enfants pour la salle de retour au calme car ils les ont fait lorsqu'ils n'étaient pas en crise. Par contre, nous espérons tout de même avoir des indications et des idées utiles pour la salle, l'objectif étant qu'elle réponde au mieux aux besoins et aux envies des enfants. La méthode de co-construction permet d'arriver à ce résultat (Valente et al., 2020). Le second objectif de ces ateliers est d'avoir un impact sur leur appréhension de la future salle de retour au calme, ce qui sera mesurable lorsque l'espace sera installé. Nous émettons l'hypothèse que les enfants arriveront mieux à vivre et appréhender la salle lorsqu'ils auront participé à sa construction. En effet, comme évoqué plus tôt (cf. § 6.4), la co-construction avec les enfants ayant ou non des troubles psychiques a des conséquences positives. Cela peut agir sur leur confiance car ils ressentent qu'ils prennent part à la création. Lorsqu'ils verront le résultat, nous espérons qu'ils se rendront compte de leur contribution et que cela les aidera à mieux s'approprier la salle (Druin, 2002).

8.2. LA COLLABORATION AVEC L'ÉQUIPE SOIGNANTE ET PÉDAGOGIQUE

La collaboration avec l'équipe professionnelle de l'hôpital de jour fut nécessaire pour faire naître ce projet. Leur motivation et leur implication

étaient motrices. Lors des réunions, les échanges étaient riches et les propos de chacune apportaient des informations importantes et pertinentes au projet, ainsi que des idées pour faire avancer la réflexion.

Concernant la revue de littérature collaborative (cf. annexe 2), quatre personnes sur une dizaine ont participé. L'engagement était donc disparate mais ce résultat nous semble tout de même être une réussite. Chacune ont envoyé deux documents (articles ou thèses) avec des commentaires soulignant les intérêts pour le projet. Lors de la réunion pour discuter de la revue de littérature, elles ont pu expliquer et détailler les arguments des articles choisis, ce qui a donné lieu à des débats intéressants.

L'implication était un peu moindre concernant l'état de l'art. Trois personnes nous ont envoyé une référence chacune. Par contre, lors de notre présentation de l'état de l'art constitué de leurs références et celles du lab-ah, il y a eu de nombreuses réactions par rapport à chaque image, ce qui donna lieu à des discussions et des débats (fig. 19). Grâce à cela, nous avons pu obtenir une base solide et conséquente de leur vision de la future salle de retour au calme (cf annexe 1).

Finalement, concernant l'état de l'art et la revue de littérature collaborative, nous avons eu des retours mitigés de la part des soignantes et des éducatrices. Elles ont beaucoup apprécié l'exercice et trouvent cela très pertinent. Elles ont trouvé intéressant d'explorer et de réfléchir sur le fond du projet, notamment sur des domaines qu'elles connaissent peu : « J'ai appris des choses sur l'architecture sur lesquelles je n'ai pas de connaissances particulières. » (Mme P, infirmière, le 2 juin 2022, entretien individuel) Aussi, cela a permis à toutes les personnes impliquées dans le projet de partir d'une base théorique commune : « Je trouve ça très intéressant de réfléchir sur le fond, partir sur des idées communes, pour être sûr qu'on parle bien de la même chose, et d'ajouter de la théorie, des choses comme ça... C'est très intéressant. » (Mme P, infirmière, le 2 juin 2022, entretien individuel). Cependant, certaines ont déploré le manque de temps, ce qui peut expliquer qu'elles n'ont pas pu toutes le faire. Elles auraient aimé que du temps soit consacré à cet exercice.

La préparation pour les ateliers de co-conception avec les enfants

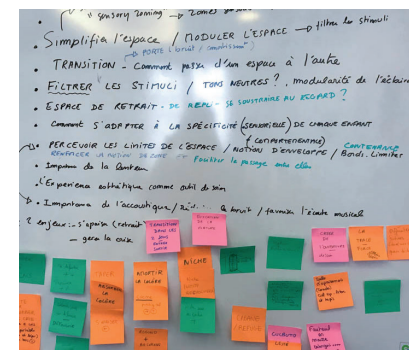


Fig. 19 - Prises de notes communes pendant les échanges concernant l'état de l'art, (mars 2022).

fut aussi une grande étape. Face à notre présentation d'idées, les professionnelles étaient dans une posture de validation et/ou de rejet. Leur positionnement était nécessaire car leur expertise a permis de mettre en place les ateliers les plus pertinents au service du projet. De la même manière, leurs connaissances des enfants et de leurs capacités nous a permis d'adapter la mise en place de chaque atelier pour leur bon déroulement.

Lors des ateliers, les duos ont bien fonctionnés. Les professionnelles de Picot animaient les ateliers tandis que les designers observaient les comportements corporels et émotionnels des enfants et prenaient des notes. L'atelier sur les accessoires sensoriels a tout de même nécessité que les deux adultes animent car deux enfants devaient construire en même temps leur objet. Certaines professionnelles de l'hôpital étaient plus à l'aise que d'autres en animation et toutes étaient très impliquées.

Finalement, la collaboration avec l'équipe soignante et pédagogique de l'hôpital de jour Picot a permis de mieux les impliquer dans la réflexion et la mise en place du projet : « On sait que franchement on a de la chance de le repenser [en parlant de l'espace de retour au calme] en projet comme ça avec vous. C'est top, ça nous booste en fait. Ça nous rebooste aussi sur la pratique. » (Mme P, infirmière, le 02 juin 2022, entretien individuel). Les professionnelles de l'hôpital de jour et du lab-ah ont chacune apporté et échangé leurs connaissances et leurs compétences, afin de contribuer à la réflexion et à la construction du projet dans chacune de ses étapes.

Ce mémoire présente le projet jusqu'à son état d'avancement en juillet 2022. Par la suite, suivrons la mise en place du nouvel espace de retour au calme et la phase d'évaluation de celui-ci. Ainsi, la suite du projet viendra compléter cette analyse sur l'impact des méthodes collaboratives de design avec l'équipe soignante et pédagogique.

9. ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Cette seconde partie s'oriente sur l'analyse des résultats de l'enquête, liés d'une part à nos observations et nos échanges concernant les usages et les ressentis par rapport à la salle de retour au calme, puis d'autre part à l'analyse des partis pris formels de la salle développés avec l'équipe et les enfants.

9.1. LES USAGES ET LES RESSENTIS DES ENFANTS CONCERNANT LA SALLE ACTUELLE DE RETOUR AU CALME

Pour commencer, nous nous intéressons aux usages et aux ressentis des enfants concernant la salle. Ces informations ont été recueillies en amont du projet lors de l'immersion (cf. annexe 7) mais aussi lors d'un entretien avec une infirmière, Mme P., ainsi que lors des échanges avec les soignantes et les éducatrices pendant nos rencontres.

La salle de retour au calme est vétuste et modeste. On y trouve des murs avec un papier peint sale et arraché, un matelas qui est dans le même état et parfois quelques tapis empruntés à la salle de psychomotricité (fig. 20). Pour cause, la salle sert principalement d'endroit pour défouler et décharger sa colère : « Il faut absorber la colère. », « C'est un espace de décharge en premier lieu. » (deux soignantes, le 9 février 2022, échanges lors de l'immersion). Les enfants tapent, crient, déchirent le papier peint et se roulent par terre. Cette fonction exutoire permet de libérer les tensions dans l'optique de redescendre la pression et d'arriver à se calmer, s'apaiser.

Nous décrivons ci-contre les différents scénarios d'usages de la salle de retour au calme (cf. § annexe 8). Tout commence par une crise, qui se déclenche soit à cause d'une intolérance à la frustration (par exemple, il est demandé à



Fig. 20 - Photos de la salle de retour au calme, (27 avril 2022).

l'enfant d'aller en atelier mais il refuse et veut continuer de jouer), soit à cause des interactions sociales (par exemple, l'enfant ne comprend pas la réaction de son camarade). Ensuite, deux scénarios sont possibles. D'un côté, l'enfant va de lui-même dans la salle car il a besoin d'extérioriser, de décharger sa frustration ou sa colère. Cette situation n'est pas la plus commune car cela demande d'avoir fait un long travail autour des habiletés sociales et d'avoir acquis la capacité à identifier le moment où l'on doit extérioriser et la manière de la faire. À l'hôpital de jour Picot, lorsque ce scénario se produit, l'enfant va dans la salle pour crier ou taper contre le matelas. L'adulte qui voit cela intervient pour demander s'il veut discuter, pour l'accompagner, pour l'amener à verbaliser. Pendant l'immersion, nous avons observé un enfant y aller de lui-même pour crier pendant quelques secondes puis ressortir, calme. D'un autre côté, et dans la plupart des situations, l'enfant n'arrive pas à calmer sa colère et la crise commence : il jette des objets, se met au sol ou même peut s'en prendre à l'adulte. Celle-ci tente d'expliquer les règles que l'enfant doit suivre et de verbaliser. Si cela ne fonctionne pas et que l'enfant devient trop auto ou hetero-agressif, l'adulte propose alors d'aller dans la salle de retour au calme. S'il refuse, un ou plusieurs adultes l'y emmènent, en le portant si possible. Une fois dans la salle, l'enfant décharge sa colère, tape, crie. Certains aiment taper dans la porte avec les pieds pour créer du bruit et de la résonance, et d'autres essayent de casser ce qu'ils peuvent. Le protocole indique que l'adulte doit toujours rester avec l'enfant dans la salle. Les soignantes et éducatrices de Picot tentent de se mettre dans cette position au maximum même lorsque l'enfant est hetero-agressif. Elles utilisent certaines techniques comme le fait de s'asseoir au sol pour être au même niveau que l'enfant, parler peu pour réduire les stimuli auditifs mais être présente physiquement, éteindre la lumière pour réduire les stimuli visuels, provoquer le sentiment d'enveloppement et de contenance en amenant l'enfant dans un coin. Lorsque l'enfant est trop hetero-agressif, l'adulte se met derrière la porte et garde le contact visuel via le hublot. Quand il se fait mal car il tape depuis longtemps contre la porte, l'adulte doit appeler une collègue pour l'aider à tenir le corps de l'enfant sur le matelas pour faire redescendre la tension physique et l'agitation psychomotrice. Dans un second temps, lorsque la crise redescend, l'adulte amène l'enfant à verbaliser les faits et ses ressentis et apaise l'enfant. L'adulte peut proposer des exercices de relaxation, apporter de l'eau, proposer de s'allonger sur le matelas, proposer un câlin pour rassurer et contenir. Une technique consiste à apporter une poche de froid et à matérialiser la redescende de la colère en verbalisant : « avec le froid, on va éteindre la colère, on va éteindre le feu. » (Mme P, infirmière, le 2 juin 2022, entretien individuel). On remarque

alors qu'il existe deux temps dans le scénario de la salle de retour au calme : la décharge de la colère puis la redescende et l'apaisement accompagné par des moyens sensoriels et par la verbalisation. Après ces deux phases, l'adulte propose à l'enfant de réintégrer son emploi du temps ou d'aller dans une autre salle faire une sieste s'il est trop épuisé. Finalement, les soignantes doivent savoir s'adapter à chaque enfant et chaque situation. Aucun scénario, aucune crise, ne se ressemble :

« La conclusion des ateliers et de nos discussions c'est qu'il faut s'adapter à chaque moment, à chaque enfant, à chaque pathologie. Le même enfant avec la même pathologie sur deux jours différents ne fait pas le même type de crise. Et les crises n'arrivent pas pour les mêmes raisons et ils ne sont peut-être pas dans le même moment de vie. Ils vivent peut-être des choses différentes. C'est toujours des besoins, il faut toujours s'adapter [...] Le mot c'est s'adapter, s'adapter. » (Mme P, infirmière, le 2 juin 2022, entretien individuel)

Lors de l'immersion, nous avons aussi pu observer le deuxième type de scénario. Un enfant a été emmené par trois adultes car sa colère devenait violente. Nous étions alors tous dans la pièce principale, lorsque cet enfant était dans la salle de retour au calme. À ce moment-là, nous avons pu nous rendre compte du problème d'acoustique des locaux dont les soignantes et les enfants nous parlaient. Nous entendions résonner les coups et les cris. Les enfants s'en plaignaient et nous les sentions impactés et déstabilisés. Ils ont émis l'envie de rendre la pièce insonorisée pour ne plus entendre lorsqu'un enfant y est. C'est en partie à cause de cela que certains sont effrayés par cette pièce, en plus de son aspect délabré et réceptacle de la violence : « La salle de retour au calme, elle fait peur. » (un enfant, le 9 février 2022, parole pendant la réunion soignant/soignés). Les adultes sont également très dérangés et impactés par la résonance quotidienne du bruit et certaines ont remarqué que cela avait endommagé leur audition.

9.2. LES RESSENTIS DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE ET PÉDAGOGIQUE CONCERNANT LA SALLE DE RETOUR AU CALME ACTUELLE

De leur côté, les professionnelles se rendent compte de l'ambiance triste et de la connotation carcérale que revêt la salle de retour au calme : « On a l'impression d'être comme dans une cellule de prison, il faut qu'elle soit aménagée » (soignante, le 23 février 2022, réunion d'équipe). Une infirmière a voulu faire l'expérience de se mettre à la place de l'enfant en crise qui se fait enfermer dans la salle de retour au calme. Elle voulait avoir une idée du point de vue de l'enfant et de ce qu'il pouvait ressentir. Elle explique ne pas avoir été amenée vers un mieux-être. Au contraire, l'expérience augmenta son sentiment de colère et elle se sentit « enfermée dans un environnement hostile ». Elle raconte : « Il est temps que ça change pour les enfants. Ils le ressentiront forcément mieux. Je veux dire, on part de tellement loin, on sera forcément sur un meilleur ressenti, et un meilleur accompagnement de tout ça. » (Mme P, infirmière, le 2 juin 2022, entretien individuel)

Vis-à-vis des ressentis des professionnelles concernant leurs pratiques lors de la crise, nous avons remarqué, au fil du projet et des échanges, une ambivalence dans leurs propos. Elles disent suivre un protocole et que, quoi qu'il se passe, cela fait partie de leur métier. Par ailleurs, elles expriment également le fait que ce soit difficile physiquement et émotionnellement. Elles vivent mal le rapport de violence qu'elles ont avec les enfants. Les entretiens qui sont en train de se faire avec l'équipe soignante et pédagogique vont sûrement consolider ce constat.

9.3. LA PLACE DU SENSORIEL DANS LA NOUVELLE SALLE DE RETOUR AU CALME

Désormais nous allons décrire et analyser la phase de réflexion et de recherches pour la nouvelle salle de retour au calme. Les références qui seront citées sont issues du travail collaboratif de revue de littérature et d'état de l'art (cf. annexes 1 et 2).

Au démarrage du projet, les professionnelles de Picot imaginaient une salle neutre avec le moins de stimuli possible, des murs capitonnés et accompagnés d'un variateur de lumière. Leur idée ressemblait au principe de la salle de retrait ou hyposensorielle (cf. § 4.3). Par ailleurs, elles évoquaient toutes l'intérêt de convoquer le sensoriel en seconde

partie de crise, lors de l'apaisement, car chacun des enfants est sensible à certains stimuli qui les apaisent. De plus, nous allons voir plus tard dans ce chapitre que beaucoup d'enfants de l'hôpital sont en recherche de sensations ou alors développent une fascination pour certaines sensations, comme l'expliquent certains auteurs⁴⁹ (Cruveiller, 2019), et que cela capte leur attention. Nous avons donc commencé à nous questionner sur la place du sensoriel dans la salle.

Pour gérer une crise violente, il est conseillé d'amener à l'enfant un environnement hyposensoriel pour se mettre en retrait des stimuli extérieurs (Deifell et al., 2009 ; Blais, 2016 ; Conseil général de l'Isère Direction Santé Autonomie, 2005 ; Lasalle, 2021) et il est important de séparer les zones à forts et faibles stimuli⁵⁰ (Belluso et al., 2014 ; Brand et al., 2010 ; Creismas, 2017 ; Deifell et al., 2009 ; Demilly, 2014 ; Jacques & Croft, 2013). Face à ces informations et aux certitudes de l'équipe professionnelle, nous sommes partis du principe d'avoir une salle hyposensorielle ayant le rôle de réceptacle de la colère. La salle doit permettre d'accueillir toutes les actions qui y ont lieu : taper, arracher, jeter, crier, cracher, griffer, etc. Les références de projets qui ont plu sur ce principe étaient notamment les salles recouvertes de tapis sur le sol et les murs. L'idée d'avoir une salle pour accueillir la violence reste l'objectif premier du projet : « On en a pas mal parlé dans l'équipe. Dans les idées premières de cette salle c'était de vraiment créer un environnement *secure*, sécurisé. Parce qu'il y a des enfants qui se font mal, et très mal, en tapant sur les murs, en tapant sur la porte. Et c'est un besoin d'avoir quelque chose de mou, sur les murs, sur la porte. » (Mme P, infirmière, le 2 juin 2022, entretien individuel)

Ensuite, la difficulté se situe dans l'idée de convoquer la sensorialité pendant la phase de redescende de la crise et peut être aussi d'une certaine manière, pendant la crise. La salle pourrait proposer différentes sensorialités et ainsi s'adapter aux besoins et aux sensibilités de chacun. Ces différentes propositions pourraient résider dans la salle, mais aussi par des modules que l'on peut décider d'amener ou non au moment de l'apaisement. En effet, il est conseillé de proposer aux enfants atteints du TSA différents éléments selon leurs besoins et ainsi créer des espaces flexibles et adaptables⁵¹ (Deifell et al., 2009). Donner le pouvoir à l'enfant d'adapter le lieu selon ses besoins sensoriels permet notamment de lui amener un sentiment de contrôle et d'autonomie (Brand et al., 2018).

Finalement, nous avons établi le principe que la salle soit peu stimulante mais qu'elle convoque tout de même des aspects sensoriels.

49 Cf. § 4.1

50 Cf. § 4.4

51 Ibid.

S'ajoute à cela l'idée d'une atmosphère esthétique douce et en rupture avec tout vocabulaire stigmatisant. Pour parvenir à créer un espace qui accompagne l'enfant dans la décharge de la colère et dans son apaisement tout en convoquant la sensorialité de manière flexible et adaptée à chacun, nous avons établi quatre partis pris qui forment notre cahier d'intention :

- Le traitement de l'acoustique et du son
- Se cacher et se sentir contenu
- S'immerger dans un univers
- Accueillir l'épuisement et susciter l'apaisement par le toucher

Le cahier d'intention a pour rôle d'ouvrir des chemins d'expérimentations et de créations. Il est issu du travail collaboratif ayant associé le lab-ah, les professionnelles et les enfants. Nous développons la réflexion de ces hypothèses créatives dans les parties ci-dessous.

9.4. LE TRAITEMENT DE L'ACOUSTIQUE ET DU SON

Au fur et à mesure du projet, de nos recherches et de nos échanges avec l'équipe soignante et pédagogique, nos partis pris concernant la mise en forme et le concept de la nouvelle salle de retour au calme se sont mis en place.

Tout d'abord, les enfants comme les adultes sont très affectés par le problème d'acoustique du lieu et sont tous d'avis à améliorer l'insonorisation de la pièce (cf. § 9.1). Par ailleurs, certains enfants atteints du TSA sont hyperactifs au son et certains bruits leur sont extrêmement désagréables, ce qui peut donner lieu à des crises clastiques⁵² ou des cris (Curveiller, 2019). Ce constat confirme la nécessité qu'évoquent les guides de recommandations d'avoir une architecture insonorisée pour le bien-être acoustique et sensoriel des enfants atteints du TSA⁵³ (Anesm, 2017 ; Bellusso et al., 2017 ; Blais, 2016 ; Brand et al., 2010 ; Conseil général de d'Isère Direction Santé Autonomie, 2005 ; Deifell et al., 2009 ; Délégation ministérielle autisme et trouble neurodéveloppemental, 2020 ; Humphreys, 2011 ; Mathieu, 2022). Cela est d'autant plus important dans une salle qui est censée couper l'enfant du monde extérieur et de ses stimuli. L'insonorisation est donc une problématique majeure. Pour la rénovation

52 Voir le glossaire p. 98

53 Cf. § 4.4

de l'espace, il est convenu de renforcer cette fonction, par un traitement du plafond, du sol et de la porte.

Durant l'atelier « espaces de retrait » (cf. annexe 9) avec les enfants, nous avons remarqué qu'ils préféraient tous la cabane en forme de tipi qui était installée dans le coin de la salle notamment parce qu'elle peut se fermer totalement grâce aux deux rabats, contrairement à l'autre cabane : « C'est calme, on entend pas de bruit ! » (un enfant, le 24 mai 2022, parole pendant l'atelier). Nous remarquons ici l'appréciation d'une zone, même à l'échelle du corps, qui couvre des sons extérieurs.

Dans l'atelier « sons, lumières et volumes » (cf. annexe 9), un enfant avait essayé le pouf rempli de billes en polystyrène. Il appréciait son confort mais le bruit qu'il créait lui était désagréable du fait de la texture en plastique : « Ça fait trop de bruit ça ! » (un enfant, le 24 mai 2022, parole pendant l'atelier). Cette histoire souligne une difficulté qui est prédominante lorsque l'on fait du design en milieu hospitalier. Il est nécessaire de se conformer à des normes et des contraintes d'hygiène et de sécurité. Dans notre cas, la difficulté est de trouver des aménagements pour la salle de retour au calme qui doivent avoir une texture mais aussi une sonorité agréable (certains enfants étant très sensibles à cela) tout en devant être un matériau amovible et nettoyable facilement. Finalement, la problématique sonore ne réside pas uniquement dans la conception de la pièce et de ses murs mais aussi dans le mobilier et les matières qu'elle pourra accueillir.

9.5. SE CACHER ET SE SENTIR CONTENU

Avant de débiter le projet, beaucoup de professionnelles de l'hôpital de jour ont évoqué leur envie d'intégrer un hublot dans la porte condamnée sur un des murs, ce qui leur permettrait de voir l'entièreté de la salle lorsque la porte d'entrée est fermée. En effet, lorsque l'on se trouve derrière le hublot de la porte d'entrée, il y a un angle mort qui empêche de voir l'enfant qui se cache dans le coin de la pièce. Nous avons finalement abandonné cette proposition après avoir compris, via certains articles de la revue de littérature collaborative, que les enfants ont parfois besoin d'être hors du champ de vision de leurs pairs, notamment lorsqu'ils vivent une surcharge sensorielle⁵⁴ (Humphreys, 2011 ; Longuepee, 2015 ; Sadoun, 2016)

D'ailleurs, cette saturation liée aux stimuli sensoriels affecte leur capacité à évaluer les bords qui forment les limites de l'espace (Lheureux-

54 Cf. § 4.3

Davidse, 2018). Durant la crise, il y a donc une nécessité à rapprocher les limites de l'espace sur l'enfant, et donc à le contenir, l'envelopper pour qu'il ressente physiquement les bords : « ils ont besoin de sentir quelque chose qui les tient, qui les contient. » (Mme P, infirmière, le 2 juin 2022, entretien individuel). Les professionnelles de Picot utilisent déjà des techniques pour arriver à ce résultat, comme amener l'enfant à se recroqueviller et à le mettre dans un coin de la pièce, ou rabattre des petits tapis sur lui (cf. § 9.1). Elles créent des « environnements contenant » en les amenant dans des espaces réduits, ce qui « permet parfois de créer un apaisement chez certains enfants. » (Mme P, infirmière, le 2 juin 2022, entretien individuel). Souvent, elles pratiquent aussi une contenance physique sur le matelas de la salle lors de moments d'apaisement (contenance s'apparentant au toucher, au câlin) mais aussi lors des moments de crise plus violente (contenance par le maintien du corps). Il faudra donc veiller à prendre en compte dans la création de la salle un dispositif permettant d'accompagner les soignantes à contenir l'enfant lorsqu'il est en crise aiguë.

Dans notre état de l'art collaboratif, nous nous étions intéressées aux notions : se nicher, se cacher, s'envelopper. Par exemple, le canapé *Furny* permet de créer la structure que l'on souhaite grâce à différents modules et notamment de créer une sorte de cabane (fig. 21). Le principe de la cabane nous paraît intéressant car, en plus de permettre à l'enfant de ne pas être vu, elle permet aussi de ne pas voir l'adulte, ce qui diminue d'autant plus les stimuli⁵⁵ (Lheureux-Davidse, 2018). Elle peut prendre également une fonction contenant.

Il nous a donc été nécessaire de tester le principe d'espace de retrait lors des ateliers avec les enfants (cf. annexe 9). Comme évoqué plus tôt, la cabane en forme de tipi était préférée de tous, à l'inverse de la cabane modulable au sol qu'ils trouvaient moins intuitive et plus petite. Ils aimaient qu'elle puisse se transformer grâce aux deux rabats : « Je plie et je replie, ça se transforme. » (un enfant, le 24 mai 2022, parole pendant l'atelier). Aussi, les enfants appréciaient fermer entièrement les rabats sur eux, ce qui était



Fig. 21 - Canapé *Furny*, Funzy.



Fig. 22 - Cabane utilisée par un enfant, (mai 2022).

permis grâce à la forme en coin de la structure (fig. 22). Ainsi, elle était très proche de leur corps et de leur visage. Le fait que les jambes dépassent ne dérangeait pas et le sentiment de contenance créé sur le haut du corps semblait suffire à les satisfaire. Les enfants ont exprimé ressentir un effet contenant qui leur plaisait et ils n'associaient pas la structure à une cabane ni à un aspect ludique. Cette dernière remarque est importante pour l'équipe soignante et pédagogique car le risque d'ajouter des modules dans la salle est de créer un environnement perçu par les enfants comme ludique, ce qui détournerait l'usage de la salle. Nous avons également constaté ce besoin de contenance lors de l'atelier « sons, lumières et volumes » (cf. annexe 9). Sept enfants sur les huit ont préféré l'assise constituée de tapis dans l'angle de la pièce. Le coin de la pièce est sûrement préféré parce que les bords de la pièce sont plus proches du corps lorsqu'on s'y assoie. Les enfants se mettaient dans une position de repli. Dans ces deux ateliers, certains enfants indiquent qu'ils auraient aimé avoir une couverture ou des coussins pour agrémenter leur coin.

Finalement, l'idée de refuge dans un coin de la pièce semble être pertinente afin de proposer à l'enfant une zone où pouvoir se cacher, se sentir contenu et être à l'abri loin des regards et des stimuli extérieurs (vue et ouïe). Cet espace sera à disposition de l'enfant qui pourra choisir ou non de l'utiliser. Il serait intéressant de tester cette proposition sur un plus long terme, quand les enfants utiliseront la salle durant les moments de crise. Grâce à cela, nous serons à même de constater, comme les auteurs, la nécessité d'une zone de refuge lors des moments de saturation sensorielle (Humphreys, 2011 ; Longuepee, 2015 ; Sadoun, 2016). L'idée de contenir l'enfant pendant la crise plus aiguë sera aussi à prendre en compte et à imaginer.

9.6. S'IMMERGER DANS UN UNIVERS

Lorsque les enfants nous ont fait part de leurs envies vis-à-vis de la salle (cf. annexe 9), ils ont insisté sur l'aspect visuel : avoir différentes ambiances lumineuses, des murs colorés, des posters rappelant leurs centres d'intérêts. Nous avons donc relevé cette envie d'embellir la salle. Les professionnelles avaient également émis le souhait de décorer les murs de la salle et plus particulièrement de créer un paysage, un décor qui évoque la nature. Elles avaient beaucoup apprécié la référence d'une salle d'apaisement que nous leur avons montrée car l'image du paysage englobe toute la pièce du sol au plafond (fig. 23). Tous les éléments composent le décor, comme la colonne de tapis qui sert de punching-ball

55 Cf. § 4.3



Fig. 23 - Salle d'apaisement, (2019), SportSystems.

et qui représente le tronc d'arbre. Des bruits et sons de nature sont également diffusés dans cette salle. Si l'on veut intégrer un décor de nature dans notre salle, il faudra veiller à créer un paysage simple sans trop de détails ni de complexité, comme le conseille les auteurs⁵⁶ (Bellusso et al., 2017 ; Deifell et al., 2009 ; Demilly, 2014 ; Goyeau, 2008 ; Humphreys, 2011 ; Jacques & Croft, 2013). L'expérience du lieu sera mieux vécue par les enfants si l'espace a un décor simple mais aussi s'il le trouvent accueillant et qu'ils s'y sentent bien. C'est pour cela que nous avons réalisé des ateliers autour du décor que peut prendre la salle mais aussi de l'ambiance et de l'univers qu'elle peut créer en alliant images, sons et ambiances lumineuses.

Quand nous avons présenté aux enfants les images d'atmosphères et de nature (cf. annexe 9), ils ont globalement préféré les univers où le ciel était très présent : coucher de soleil (choix de cinq enfants), voie lactée (choix de quatre enfants), mer et ciel (choix de trois enfants). D'autre part, les fonds marins ont aussi plu (choix de quatre enfants). Ces images étaient perçues comme apaisantes et rassurantes. Lorsque nous projetions leurs images préférées au mur, ils s'attendaient tous à les voir en mouvement. Ils auraient préféré que les éléments se déplacent lentement dans le décor, avec des sons associés à l'univers. D'ailleurs au début de projet, certains avaient évoqué vouloir de la musique dans la salle : « De la musique ça détend. » (un enfant, le 09 février 2022, entretien soignant-soigné). Par ailleurs, lors de l'atelier « sons, lumières et volumes » (cf. annexe 9), les enfants ont beaucoup aimé voir les couleurs changer doucement. On remarque que le mouvement lent, les transitions douces sont beaucoup appréciés et cela capte et retient leur attention. Une infirmière explique : « Ce n'est pas thérapeutique en tant que tel, mais ce qui marche bien c'est la distraction. Ça va forcément attirer leur attention et ça va forcément dévier leur attention sur quelque chose d'autre que la crise, la colère. » (Mme P, infirmière, le 2 juin 2022, entretien individuel).

Par rapport aux couleurs, les enfants émettaient des préférences pour le bleu et le rouge mais ils auraient aimé qu'elles remplissent toute la salle et qu'elles soient plus immersives. Dans ce même atelier, les enfants auraient voulu écouter les bruits et les sons en même temps

que d'observer les lumières. L'équipe soignante nous avait conseillé de séparer l'interaction avec chaque stimulus pour ne pas risquer de les exciter. Au final, une frustration est ressortie pendant les ateliers vis-à-vis de la séparation des stimuli et l'envie d'être immergé dans un univers par l'image, l'ambiance lumineuse, le mouvement et le son se sont fait entendre et ressentir. L'infirmière qui animait cet atelier a reconnu l'importance de créer un univers immersif : « Ça faisait vraiment un environnement un peu plus contenant en termes visuel et sonore. Ça c'était intéressant, je trouve que ça apporte vraiment un truc plus contenant en termes d'ambiance pour les enfants. » (Manon, infirmière, le 2 juin 2022, entretien individuel). Par ailleurs, dans l'atelier concernant les espaces de retrait (cf. annexe 9), certains disaient vouloir avoir des surfaces colorées ou des étoiles à l'intérieur de la structure et de la lumière. Ceci étant dit, il faut tout de même rappeler que les ateliers ont été faits dans des moments où les enfants étaient calmes. Les résultats peuvent nous orienter sur des pistes de création mais nous ne pourrions constater les réels besoins des enfants dans cette salle que lorsqu'ils seront en train de l'utiliser, pendant la crise, au moment où nous lancerons l'expérimentation.

Finalement, le parti pris est de créer une salle qui immerge les enfants dans un univers de la nature. Cela se traduira par le visuel, le décor, qui sera certainement complété par des modules de tapis, en plus d'avoir une utilité de décharge motrice ou de confort. Peut-être que la salle sera agrémentée ponctuellement, et si souhaité selon les enfants et les professionnelles, lors de la phase de redescende de la crise par de la lumière, du son, de l'image et/ou de la vidéo pour capter le regard et dévier l'attention.

Par la suite, un travail sur la couleur devra être mené, ainsi qu'une réflexion sur le seuil de la porte et le couloir menant à la salle. Il s'agira de réfléchir à créer une transition douce entre l'espace collectif et la salle, et signaler l'espace et ses limites, comme conseillé par les auteurs des recommandations architecturales⁵⁷ (Bellusso et al., 2017 ; Brand et al., 2010 ; Deifell et al., 2009 ; Délégation ministérielle autisme et trouble neurodéveloppemental, 2020 ; Demilly, 2014 ; Goyeau, 2008 ; Mathieu, 2022). Par ailleurs, un travail autour de la nomination de la nouvelle salle sera peut-être à envisager. Cela pourrait permettre aux enfants de la nommer selon leur envie et de renforcer le sentiment d'appropriation. Quelques idées ont été récoltées jusqu'ici, telles que « la salle du soleil », « la mer » ou encore « la salle au cas où que les enfants soient énervés » (plusieurs enfants, le 25 mai 2022, ateliers).

56 Cf. § 4.4

57 Ibid.

9.7. ACCUEILLIR L'ÉPUISEMENT ET SUSCITER L'APAISEMENT PAR LE TOUCHER

Ainsi, nous avons remarqué que des images peuvent capter l'attention de ces enfants (cf. § 9.6). Nous avons observé ce même état de focalisation, de captation, lors de notre immersion (cf. annexe 7). Certains manipulaient souvent des objets spécifiques, comme une balle à picots ou des poids, ce qui les aidait à se calmer. De même, lors d'un atelier sensoriel autour de jeux d'eau, les enfants étaient calmes, attentifs à leurs gestes et hypnotisés par le mouvement de l'eau et sa sensation. Nous avons retrouvé cela lors de l'atelier « créer son accessoire relaxant » que nous avons mis en place (cf. annexe 9). À chaque fois, les enfants ont leur attention captée par des matières et des textures qu'ils manipulent attentivement. On retrouve le constat de cette fascination pour certaines sensations chez des auteurs (Cruveiller, 2019). En cas de saturation en information sensorielle environnante, Lheureux-Davidse explique que l'enfant ne peut pas filtrer toutes les informations seules et tente de les éviter. Cela le conduit à mettre en place un morcellement psychique qui peut se traduire par la focalisation de l'attention sur un détail. Elle nomme cela « l'agrippement sensoriel » (2019). De ce fait, lors de saturation qui donne parfois lieu à des crises et au besoin d'isolement, l'intégration de

certains stimuli sensoriels serait justifiée pour aider l'enfant à se retrouver peu à peu et à retrouver un intérêt pour le partage relationnel et pour son environnement, comme l'explique l'autrice.

L'idée d'intégrer des notions sensorielles se retrouvera donc sous différentes formes comme expliqué dans la partie précédente (lumière, son, image) et aussi en termes de toucher et de texture. Dès le départ, nous (designers, soignantes et éducatrices) avons apprécié des inspirations tirées de l'état de l'art collaboratif qui relevaient du tactile et des expériences textuelles (fig. 24 ; 25). Nous avons mis en place l'atelier « créer son accessoire relaxant » pour repérer les préférences tactiles des enfants et celles qui apaisent et captent leur attention. Pendant l'atelier, tous les enfants étaient attentifs, calmes et Concentrés (cf. annexe



Fig. 24 - *Experience Lab*, (2012), Marie Rouillon.



Fig. 25 - *Washed up fingers*, (2005), Emma Donovan.

9). Ils passèrent un certain temps à explorer les bacs de matériaux en y plongeant les mains : « Ça fait du bien. » (plusieurs enfants, le 25 mai 2022, parole pendant l'atelier), « C'est satisfaisant. » (un enfant, le 25 mai 2022, parole pendant atelier). Chacun construisait son objet avec une adulte et beaucoup était minutieux dans leurs gestes. L'objet créé était considéré comme destressant : « J'ai fait mon propre objet anti-stress. » (un enfant, le 25 mai 2022, parole pendant l'atelier). Ils l'ont gardé après l'atelier pour jouer avec ou simplement le garder en main : « Je vais l'appeler Ballonne ! » (un enfant, le 25 mai 2022, parole pendant l'atelier). Comme le montre cet atelier, il peut y avoir des comportements de stéréotypies⁵⁸ concernant les sensations tactiles (grattage, tapotage, caresses d'objets). Ces réactions semblent calmer les enfants. Dans les études, il y a beaucoup de désaccords concernant les sensibilités tactiles des personnes atteintes de TSA et de ce que cela provoquent, ce qui confirme par ailleurs l'hétérogénéité clinique de la pathologie autistique (Curveiller, 2019). Les résultats de notre atelier sont donc isolés car cela concerne un petit groupe d'enfants.

La texture et la matière semblent être intéressantes à utiliser dans la salle de retour au calme pour la phase de redescende et d'apaisement, grâce à un ou plusieurs objets que l'on peut proposer à l'enfant à ce moment-là. Par ailleurs, il peut être pertinent d'utiliser le toucher pour la phase de décharge de la colère. L'enjeu est alors de réfléchir à la manière dont nous pouvons adapter cet aspect sensoriel apaisant de l'échelle de la main à l'échelle du corps et de la salle. Une idée est d'inclure sur des parois et dans des modules de la salle différentes textures et matériaux afin d'absorber la colère ou de la faire rebondir. Certaines surfaces pourraient recevoir les coups et d'autres pourraient accueillir le corps à la manière d'un câlin. La référence *punch'n'cuddle* avait plu à l'équipe parce que l'on peut décider de taper l'objet ou de le câliner (fig. 26).

Ainsi, des parois pourraient absorber, faire rebondir la colère mais aussi la marquer et la montrer. Dans un principe d'interactivité, l'enfant pourrait visualiser l'impact de ses gestes, de sa force sur les parois grâce à un matériau à mémoire de forme par exemple. Cette notion avait plu lors de la présentation de l'état de l'art. Avec la *Do it chair*, il faut donner



Fig. 26 - *Punch'n'cuddle*, (2010), Brit Leissler.

58 Voir le glossaire p. 98

des coups sur le cube pour le transformer en un autre objet et cela permet aussi de visualiser et figer les conséquences des gestes (fig. 27). Ce principe interactif pourrait aussi être convoqué durant la phase d'apaisement de la crise afin d'avoir un retour visuel de ses gestes et d'accompagner l'enfant dans la redescende de la crise. Cela peut se traduire par un jeu interactif que l'adulte peut décider d'amener dans la salle lorsqu'elle le juge utile. Un partenariat pourrait se mettre en place avec Userstudio, une agence de design de services, afin d'adapter leur *Tapioca toys* au projet. Dans ce dispositif, les enfants jouent avec la surface recouverte de graines de tapioca et les mouvements sont traduits de manière sonore et visuelle sur un écran (fig. 28).



Fig. 27 - *Do it chair*, (2000), Marjin Van Der Poll.

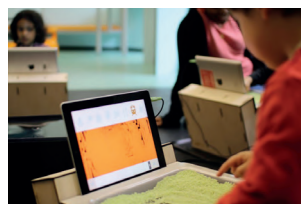


Fig. 28 - *Tapioca Toys*, (2017), Userstudio

Finalement, il s'agit d'accueillir la colère de manière agréable en proposant différentes surfaces et textures sur lesquelles décharger son énergie, et peut-être interroger l'enfant en créant une visualisation du geste. Aussi, il s'agit d'amener à l'apaisement grâce à ces textures murales et à la proposition d'un ou plusieurs dispositifs sensoriels ou interactifs que l'on peut amener dans la salle si souhaité. Dans tous les cas, l'idée est de proposer différents choix et solutions à l'enfant et à l'adulte, et d'adapter la salle selon les besoins.

9.8. LE CAHIER D'INTENTION

Suite aux ateliers et à toutes ces réflexions, nous avons commencé à établir un cahier d'intention dans le but de concevoir la nouvelle salle de retour au calme (cf. annexe 10). De ce premier cahier, des idées ont été validées ou refusées avec les équipes, et une première version de l'aménagement de la salle est apparue (fig. 29). Les différentes idées pour cet aménagement doivent encore évoluer et devront par la suite être testées *in situ*⁵⁹.

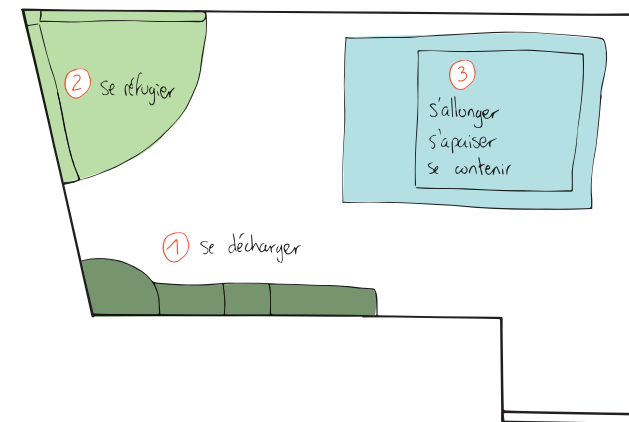


Fig. 29 - Aménagement de la salle de retour au calme, (juillet 2022), Lou Radigois, Anne-Lise Vernejoul, GHU Paris psychiatrie et neurosciences

Tout d'abord, un mur servira à la décharge motrice des enfants grâce à un paysage formé de tapis muraux et peut-être de fresques (fig. 30). Chaque tapis a une texture différente, plus ou moins molle. Un module peut par exemple être rempli de graines ou de billes d'eau, et un autre peut être à mémoire de forme. Ces modules muraux ont pour rôle d'accueillir et d'amortir les coups de l'enfant pendant la crise. Certains modules peuvent se détacher du mur, ce qui peut laisser une possibilité à l'enfant d'avoir la sensation de l'arracher du mur, ou de le jeter pour décharger sa colère. C'est aussi une manière d'adapter le mur aux envies de l'enfant : « C'est intéressant que ce soit modulable et qu'ils peuvent détruire et reconstruire. » (une soignante, le 29 juin 2022, réunion d'équipe)

Ensuite, un coin de la pièce servira de zone de refuge pour accueillir l'enfant lorsqu'il a besoin de s'isoler, de diminuer les stimuli auditifs et visuels, de se cacher de la vue d'autrui ou encore de se sentir contenu grâce aux pans de la structure qui se rabattent sur lui (fig. 31).

Dans une troisième zone de la salle, il y aura un matelas modulable (fig. 32). Le but de celui-ci est de s'adapter à de nombreux besoins et usages possibles de la crise et de l'apaisement. D'une part, la matelas peut être un support pour la contention physique qui se pratique parfois par les soignantes lors de crise clastique. Les modules qui se détachent peuvent être jetés par l'enfant et servir d'outils de décharge motrice : « Il [l'enfant] peut aussi balancer des choses, c'est pas mal. » (une soignante, le 29 juin 2022, réunion d'équipe). D'autre part, le matelas permet de s'allonger

59 Dans son milieu naturel, dans l'endroit même où le phénomène/l'objet est observé.

après une crise et la soignante peut faire des pratiques relaxantes ou discuter avec l'enfant à cet endroit. Il peut aussi servir d'outil de contenance grâce au creux qui se crée dans le matelas lorsqu'on enlève les modules : « C'est intéressant car l'enfant peut se contenir et utiliser les pièces. » (une soignante, le 29 juin 2022, réunion d'équipe)

Pour finir, comme évoqué dans les parties précédentes, la salle permettra de s'immerger dans un univers de la nature. Les tapis muraux et la zone de refuge formeront le décor, qui sera peut-être complété par des fresques. Du son, des lumières et une projection vidéo avec des mouvements lents sont envisagés. Ils seront à

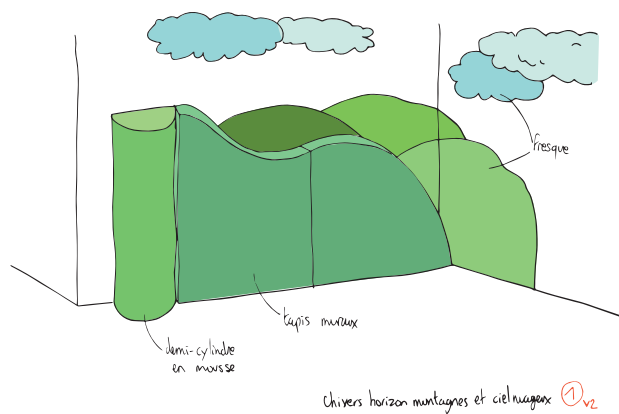
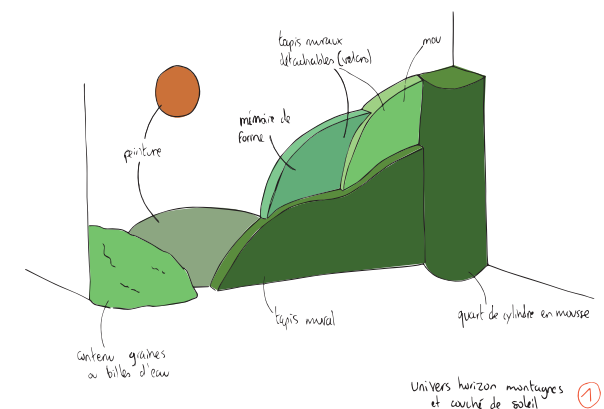


Fig. 30 - Idées pour se décharger, (juillet 2022), Lou Radigois, Anne-Lise Vernejoul, GHU Paris psychiatrie et neurosciences.

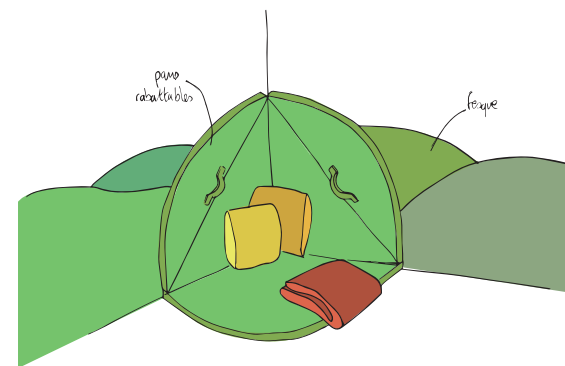
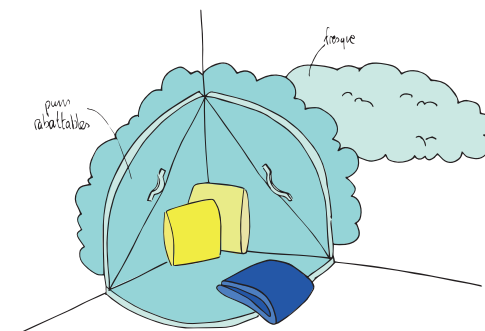
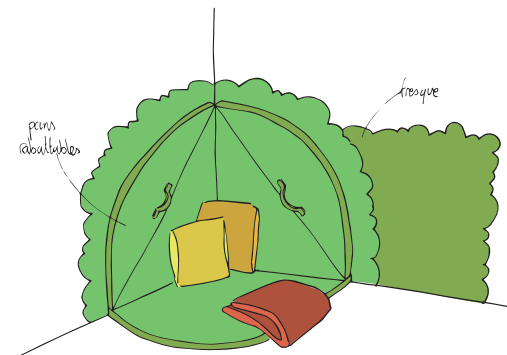


Fig. 31 - Idées pour se réfugier, (juillet 2022), Lou Radigois, Anne-Lise Vernejoul, GHU Paris psychiatrie et neurosciences.

disposition des besoins et des envies pendant la phase d'apaisement. Pour cette phase de redescende de la crise, il faudra également réfléchir à la création d'objets déstressants ou interactifs, qui seront proposés aux enfants. Aussi, un travail concernant le choix des couleurs et l'espace de transition pour arriver à la salle sera à réfléchir. Enfin, la salle recevra une isolation acoustique.

La difficulté dans le développement de ces idées est de rester créatif et de créer tout un univers tout en restant réaliste. La contrainte financière face à nos ambitions réduit le champ créatif. Nous essayons d'éviter de faire du sur-mesure pour privilégier une composition grâce à des aménagements et des modules existants.

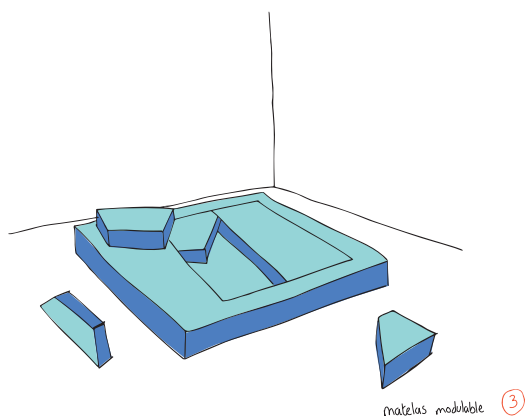


Fig. 32 - Idées pour s'apaiser, (juillet 2022), Lou Radigois, Anne-Lise Vernejoul, GHU Paris psychiatrie et neurosciences.

Pour conclure ce chapitre, les méthodes collaboratives ont permis d'impliquer les enfants et l'équipe professionnelle dans le projet. L'échange de connaissances avec les soignantes et les éducatrices ont permis de développer une réflexion autour d'une base de connaissances communes et de s'appropriier le projet. Les réactions et les avis des enfants lors des ateliers nous ont permis de mieux comprendre leurs besoins sensoriels et leurs comportements mais surtout de les amener à mieux s'approprier la future salle de retour au calme. Tout cela est nécessaire pour créer un espace qui répondra au mieux aux usages et aux besoins des enfants et des professionnelles.

D'autre part, l'immersion au sein de l'hôpital et les échanges avec les professionnelles nous ont permis de dessiner précisément le scénario d'usage de la salle de retour au calme et de comprendre les émotions négatives qu'elle engendre auprès des enfants comme des adultes. La réflexion autour de son amélioration s'est construite autour de nos observations mais aussi des constats faits lors des ateliers.

Finalement, la future salle de retour au calme a pour but de mieux accompagner les enfants et les soignantes dans la gestion de la crise, mais aussi de proposer diverses possibilités de décharge motrice et d'apaisement pour les enfants. La salle s'adapte aux besoins, aux envies et aux particularités sensorielles de chaque enfant. Ils peuvent décider de se cacher ou non, de se contenir ou non de différentes manières, de taper à divers endroits dans plusieurs textures, de jeter des modules mous, de modifier la composition du mur sans l'abîmer. Ils peuvent décider de choisir de mettre des sons ou des images après la crise, ainsi que d'utiliser certains objets. Les aménagements invitent à diverses postures et usages. Les possibilités qui s'offrent aux enfants leur permettront de favoriser leur capacité d'agir et leur *empowerment*. Le tout se fait dans un environnement se voulant accueillant, immersif, peu stimulant et qui permet de s'isoler visuellement et acoustiquement du monde extérieur.

Le projet n'étant pas terminé au moment de la rédaction de ce mémoire, nous ne pouvons malheureusement pas tirer des conclusions finales concernant l'impact des méthodes collaboratives ainsi que sur la pertinence des partis pris créatifs de l'espace, qui évolueront sûrement au fil des retours des enfants et des professionnelles.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Au commencement de notre recherche, nous nous sommes intéressées aux mesures coercitives en psychiatrie et à leur remise en cause d'un point de vue éthique et thérapeutique. Nous avons évoqué les alternatives qui sont en train d'émerger, notamment les espaces d'apaisement. Nous nous sommes également intéressées aux enfants atteints du TSA en pédopsychiatrie ainsi qu'aux alternatives à la contrainte qui existent pour gérer les crises, tels que les espaces de retrait hypostimulants. Par la suite, nous avons exposé un cadre méthodologique relatif au design & care et au design participatif et collaboratif. Nous nous sommes saisies de ces méthodes pour contribuer au projet d'amélioration de la salle de retour au calme de l'hôpital de jour Picot à Paris.

Suite à ces recherches théoriques et pratiques, nous avons pu répondre à notre problématique de départ « De quelles manières le design peut-il aider à améliorer les pratiques de soin liées à la contrainte et à l'isolement en psychiatrie, tout en favorisant l'apaisement ? » en affirmant les hypothèses émises en amont :

- *Le designer peut améliorer les pratiques de soins en psychiatrie grâce à des méthodes de projet collaboratives et participatives. Ces pratiques permettent d'inclure les patients et les équipes soignantes dans l'élaboration de nouveaux dispositifs.*

Cette hypothèse est confirmée par nos recherches théoriques ainsi que par le projet décrit en chapitre trois.

- *Le designer peut contribuer à transformer les chambres d'isolement en « espaces d'apaisement », de manière à prévenir l'agitation et les crises tout en respectant le consentement et la dignité du patient, grâce aux valeurs d'hospitalité et aux dimensions sensorielles.*

Cette hypothèse est confirmée par nos recherches théoriques.

- *Le designer peut contribuer à créer des espaces apaisants agréables permettant de se défouler puis de s'apaiser en aval de crises pour les enfants atteints du TSA, grâce au*

principe d'adaptabilité et aux dimensions sensorielles.

Cette dernière hypothèse est confirmée par le projet décrit et analysé dans en chapitre trois.

Le projet de salle de retour au calme présente des limites. En effet, nous ne pouvons pas faire état de la suite du projet ni de la mise en test de l'espace. Nous ne pouvons donc pas tirer de conclusions finales quant à l'impact des méthodes collaboratives employées ni à la pertinence des partis pris concernant la conception de la salle. De plus, les résultats obtenus jusqu'ici ne sont pas représentatifs et adaptables à tous les hôpitaux accueillant des enfants atteints du TSA. En effet, l'expérience inclut seulement une équipe soignante et éducative et un groupe d'enfants. Cela représente le début d'une expérimentation pouvant prendre plus d'ampleur en se développant vers d'autres structures de soins et en faisant participer plus de personnes. Après avoir abouti à ce projet, nous serons en mesure de faire des constats sur l'efficacité des méthodes employées et des partis pris créatifs engagés. Par la suite, il serait pertinent de continuer les expérimentations dans d'autres structures de soins accueillant des enfants atteints du TSA, voire même d'autres troubles, afin de continuer à tester et à consolider les méthodes de design collaboratif et les partis pris créatifs des salles de retour au calme.

Grâce aux recherches exposées dans ce mémoire, nous sommes capables d'affirmer que les méthodes de design d'innovation sociale, design & care et les pratiques collaboratives ont une pertinence et une efficacité à s'intégrer dans l'élaboration de projet interrogeant les pratiques de soin en psychiatrie et en pédopsychiatrie. L'implication et la participation des équipes soignantes et des patients continuent de prouver leur pertinence dans le développement de projet qui sont alors plus concrets et plus proches des besoins et des attentes. Dans le contexte de notre projet, cette pratique permet aux personnes concernées de mieux s'approprier l'espace créé et de donner du sens à la création. Par ailleurs, le designer apporte une innovation bénéfique en concevant des espaces d'apaisement ou de retrait qui sont accueillants, attractifs tout en étant adaptables. Ils offrent une diversité d'usages, de gestes et de postures aux patients. Cela favorise leur capacité d'agir et leur *empowerment*.

GLOSSAIRE

Agitation psychomotrice : Conduite plus ou moins incohérente associant une excitation motrice et une excitation psychique.

Auto-agressivité : Agressivité tournée contre soi-même.

Autodétermination : Action de décider par soi-même, de faire des choix sans influence externe.

Care : Désigne le souci, l'inquiétude, couplée aux notions de soin, d'attention, d'accompagnement. Prendre soin.

Crise clastique : Action de briser tout ce qui se trouve à portée de main lors d'une grande colère.

Cure : Geste curatif, action de soigner.

Contenance : La notion de contenance est le fait de se sentir contenu, maintenu, physiquement ce qui provoque la sensation de se sentir contenu psychiquement. La création de cette enveloppe psychique représente le fait de se sentir exister dans sa peau, dans son corps, dans son individualité, et développe un sentiment de sécurité interne.

Contention : En psychiatrie, la contention peut être 1. Physique (manuelle) : maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique. 2. Mécanique : utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements permettant de limiter ou d'empêcher les mouvements du patient.

Empowerment : Mot désignant la capacité d'agir et la prise de décision d'un individu via le développement de son autonomie. Peut être assimilé en français à : responsabilisation, autonomisation.

Dysphorie : État de malaise douloureux (opposé à euphorie)

Hétéro-agressivité : Agressivité dirigé vers autrui.

Hyperactivité sensorielle (ou hypersensibilité) : Trouble sensoriel qui modifie la perception des stimulations et peut toucher un ou plusieurs

organes des sens : le nez, les yeux, les oreilles, la langue, l'équilibre, ou la peau dans son ensemble. L'hyperactivité se traduit par un trop-plein de stimulation/d'information sensorielle qui parviennent au cerveau qui ne peut tout gérer.

Hyporéactivité sensorielle (ou hyposensibilité) : Trouble sensoriel qui modifie la perception des stimulations et peut toucher un ou plusieurs organes des sens : le nez, les yeux, les oreilles, la langue, l'équilibre, ou la peau dans son ensemble. Dans l'hyporéactivité, trop peu de stimulation arrivent au cerveau qui se retrouve privé d'information.

Isolement : En psychiatrie, désigne le placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients.

Lobotomie : Section de fibres nerveuses à l'intérieur du cerveau.

Mesures coercitives : Mesure qui possède le droit de coercition, c'est-à-dire le droit de contraindre, d'obliger quelqu'un à faire ou ne pas faire quelque chose.

Musicothérapie : Traitement médical d'affections nerveuses, psychiques, par la musique.

Neurotypiques : Les personnes neurotypiques ont un fonctionnement neurologique considéré dans la norme, et ne présentant pas de condition neurologique (TSA, trouble dys, TDA...) particulière. À l'inverse, les personnes neuroatypiques présentent un fonctionnement cérébral particulier.

Psychique : Qui concerne l'esprit, la pensée, la vie mentale dans ses aspects conscients et/ou inconscients. Opposé à *somatique*.

Somatique : Qui concerne le corps. Opposé à *psychique*.

Stéréotypies : Répétition fréquente et incontrôlée d'attitudes, de gestes, de paroles.

Stimuli (un stimulus) : Désigne des stimulations.

BIBLIOGRAPHIE

Allemang-Trivalle, A., Belfihadj, K., Walus, A., Bruniaux, G., Manguin, N., Villenfin, C., Cutman, C., Moulin, E., Mazeirac, V., Cedat, C., Hardy, M.-N., & Trivalle, C. (2021). Évaluation du chariot Snoezelen chez des patients déments sévères hospitalisés en SSR et en SLD. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 21(121), 4-10. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2020.08.007>

APF France Handicap, Groupe SEB. (2020). *Good design playbook*. <https://apf-conseil.com/good-design-playbook/>

ANESM (Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux), (2017). *Les espaces de calme-retrait et d'apaisement Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833763/fr/les-espaces-de-calme-retrait-et-d-apaisement

Baleige, A., & Pastour, N. (2017). Propositions pour un observatoire de la contrainte et des libertés en santé (mentale). *L'information psychiatrique*, 93(7), 587-592. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2017-7-page-587.htm>

Bellusso, P., Haegelé, M., Harnist, K., Kathrein, C., & Massias-Zeder, A. (2017). *Autisme et sensorialité, Guide pédagogique et technique pour l'aménagement de l'espace*. 72. http://cra-alsace.fr/wp-content/uploads/2018/02/AUTISME_v_interactif_2018.pdf

Blais I. (2016). *L'environnement intérieur et l'autisme : Un centre de jour pour adultes*. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/15925/Blais_Irini_2016_memoire.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Brand, A., Rca, H., & Centre. (2010). *Living in the Community Housing Design for Adults with Autism*. https://www.researchgate.net/publication/228448997_Living_in_the_Community_Housing_Design_for_Adults_with_Autism

Carré, R., Moncany, A.-H., Haoui, R., Arbus, C., & Olivier, F. (2018a). Comment améliorer la pratique de la contention mécanique en

psychiatrie ? : Une étude qualitative sur le point de vue des patients. *Le Journal des psychologues*, 358(6), 32. <https://doi.org/10.3917/jdp.358.0032>

Carré, R., Moncany, A.-H., Haoui, R., Arbus, C., & Olivier, F. (2018b). Comment améliorer la pratique de la contention mécanique en psychiatrie ? Une étude qualitative sur le point de vue des patients. *Le Journal des psychologues*, 358(6), 32-36. <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2018-6-page-32.htm>

Carré, R., Moncany, A.-H., Schmitt, L., & Haoui, R. (2017). Contention physique en psychiatrie : Étude qualitative du vécu des patients. *L'information psychiatrique*, 93(5), 393-397. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2017-5-page-393.htm?contenu=resume>

Conseil général de l'Isère Direction Santé Autonomie (2005). *Référentiel départemental de bonnes pratiques pour l'accueil des personnes adultes atteintes d'autisme*. <https://fr.readkong.com/page/referentiel-departemental-de-bonnes-pratiques-pour-4839331>

Côté, V., Bélanger, L., & Gagnon, C. (2017). Le design au service de l'expérience patient. *Sciences du Design*, 6(2), 54-64. <https://www.cairn.info/revue-sciences-du-design-2017-2-page-54.htm>

Creismeas, B. (2017). *L'architecture au service du soin. Rôle de l'architecture dans le soin aux personnes : Le cas de l'autisme*. *calameo.com*. <https://www.calameo.com/read/004635565e6c7f1851482>

Cruveiller, V. (2019). Sémiologie sensorielle dans les troubles du spectre autistique : Revue de la littérature. *La psychiatrie de l'enfant*, 62(2), 455-470. <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2019-2-page-455.htm>

Decoopman, F. (2010). The Containing Function of the Therapist. *Gestalt*, 37(1), 140-153. <https://www.cairn.info/revue-gestalt-2010-1-page-140.htm>

Deifell, T., Dreiseszun, S., Jill, M., O'Neill, P., & Sinclair, A. (2009). Opening Doors : A Discussion Of Residential Options For Adults Living With Autism And Related Disorder. 100. https://www.autismcenter.org/sites/default/files/files/openingdoors_print_042610_001.pdf

Delanoë-Vieux, C., Bouhallier, G., Boiteux, C., Thomas, L., Bertrand, E., Fontaine, C., Coirié, M., Sintic, J., Lefèvre-Utile, J., & Na Soontorn, S. (2019). *Séminaire Art et Design Entre hostilité et hospitalité dans les lieux de soins. Programme 6 Violence et contrainte en psychiatrie, que peut le design ?* <https://www.ghu-paris.fr/fr/actualites/art-design-entre-hostilite-et-hospitalite-dans-les-lieux-de-soin>

Delanoë-Vieux, C., Coirié, M., Coubard-Millot, J., & Figuerola, X. (2019). L'expérience du patient en design, une ressource pour la conception d'un parcours d'hospitalité dans un hôpital neuf. *Ocula*, 20. <https://doi.org/10.12977/ocula2019-12>

Delanoë-Vieux, C., Coirié, M., Salabay, B., Barrère, C., Grout, C., Boiteux, C., & Thomas, L. (2019). *Séminaire Art et Design Entre hostilité et hospitalité dans les lieux de soins. Programme 1 Espèce d'espace, favoriser ou contrarier l'hostilité dans les lieux de soins.* <https://www.ghu-paris.fr/fr/actualites/art-design-entre-hostilite-et-hospitalite-dans-les-lieux-de-soin>

Delanoë-Vieux, C., Fontaine, C., Dugave, C., Andreu, I., & Aupol, E. (2019). *Séminaire Art et Design Entre hostilité et hospitalité dans les lieux de soins. Programme 2 Faire avec, pratiques collectives entre soin et création.* <https://www.ghu-paris.fr/fr/actualites/art-design-entre-hostilite-et-hospitalite-dans-les-lieux-de-soin>

Delanoë-Vieux, C., Radigois, L. (2022). *Revue de littérature Hôpital de jour Picot - Lab-ah*

Délégation ministérielle autisme et troubles du neurodéveloppement, (2020). *Favoriser l'accès des personnes autistes aux logements « ordinaires » : Guide technique des adaptations.* <https://gnkra.fr/wp-content/uploads/2020/10/Favoriser-l%E2%80%99acc%C3%A8s-des-personnes-autistes-aux-logements-ordinaires.pdf>

Demilly, E. (2014). *Autisme et architecture. Relations entre les formes architecturales et l'état clinique des patients.* http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2014/demilly_e/pdfAmont/demilly_e_these.pdf

Druin, A. (2002). The role of children in the design of new technology. *Behaviour & Information Technology*, 21(1), 1-25. <https://doi.org/10.1080/01449290110108659>

Duché, D.-J. (1990). *Histoire de la psychiatrie de l'enfant.* <https://www.decite.fr/livres/histoire-de-la-psychiatrie-de-l-enfant-9782130432715.html>

Dumont, A., Giloux, N., & Terra, J.-L. (2012). Observation et évaluation d'une pratique clinique : L'isolement à l'unité médicale d'accueil du Centre Hospitalier Le Vinatier, à Bron. *L'information psychiatrique*, 88(8), 687-693. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-8-page-687.htm>

Findeli, A. (2005). La recherche-projet : Une méthode pour la recherche en design. <http://projet.unimes.fr/files/2014/04/Findeli.2005.Recherche-projet.pdf>

Giloux, N. (2017). Isolement en psychiatrie : Rien n'est jamais acquis. *L'information psychiatrique*, 93(10), 837-839. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2017-10-page-837.htm>

Giloux, N. (2018). Interroger les mesures coercitives en psychiatrie. *L'information psychiatrique*, 94(3), 195-202. https://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=INPSY_9403_0195

Goyeau F. (2008) *Architectures et Autisme.* <https://docplayer.fr/215478541-Architectures-et-autisme.html>

Guivarch, J. (2016). Retour de la contention en psychiatrie : Perception des patients et soignants et considérations éthiques. *Éthique & Santé*, 13(4), 209-214. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2015.07.004>

Guivarch, J., & Cano, N. (2013). Usage de la contention en psychiatrie : Vécu soignant et perspectives éthiques. *L'Encéphale*, 39(4), 237-243. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.02.004>

Haute Autorité de Santé, (2016) *Guide méthodologique : mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie.* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/guide_methodo_violence_hospi_psy.pdf

Haute Autorité de Santé, (2017) *Isolement et contention en psychiatrie générale : Recommandations de bonnes pratiques.* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf

Hedlund Lindberg, M., Samuelsson, M., Perseius, K., & Björkdahl, A. (2019). The experiences of patients in using sensory rooms in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), 930-939. <https://doi.org/10.1111/inm.12593>

Humphreys S. (2011) Architecture et autisme. *Link Autisme*. https://www.autismeurope.org/wp-content/uploads/2017/09/LINK-AUTISM-55-FR7.low2_NSreviewed_BATa-corriger.pdf

Jacques, C., & Croft, M.-C. (2013). *Epanouissement sensoriel : La diversité architecturale du milieu de garde inclusif intégrant des enfants atteints de troubles envahissants du développement*. Université Laval - Québec. https://www.arc.ulaval.ca/files/arc/JacquesChristelle_EPH2013.pdf

Kersting, X. A. K., Hirsch, S., & Steinert, T. (2019). Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients : A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2019.00400>

Laboratoire d'innovation des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (2018). *La fabrique de l'hospitalité, un espace pour expérimenter de nouveaux modes de conception de projet*. https://www.lafabriquedelhospitalite.org/_data/1588/f_5c5814d0d21c7.pdf

Lasalle, V. (2021). *Du design de l'enveloppe à celui de l'expérience d'enveloppement : Vers des pratiques de design qui accompagnent les services cliniques d'une habitation transitoire*. Colloque Intersections Du design : Prendre soin par le design. <https://urlz.fr/iOtS>

Leboucher, A., & Fleury, C. (2021). De la contention involontaire au sujet "se contenant". *Soins*, 66(859), 61-64. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2021.08.020>

Lefèvre-Utile, J. (2021). *La relation de soin en pédopsychiatrie à l'épreuve de la violence et au cœur de la vulnérabilité partagée : Étude ethnographique sur les pratiques de sécurisation alternatives à la contention dans la prise en charge des troubles graves du comportement des personnes avec autisme et déficience intellectuelle en France, au Canada et aux États-Unis*. 370. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03588575>

Lheureux-Davidse, C. (2015). L'étonnement partagé face à des événements sensoriels avec des personnes autistes. *Cliniques méditerranéennes*, 91(1), 67-80. <https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2015-1-page-67.htm?contenu=resume>

Lheureux-Davidse, C. (2018a). Angoisses spatiales et création de l'espace dans la clinique de l'autisme. *Le Coq-heron*, 235(4), 50-60. <https://www-cairn-info.eu1.proxy.openathens.net/revue-le-coq-heron-2018-4-page-50.htm?contenu=resume>

Lheureux-Davidse, C. (2018b). La prise en compte en psychothérapie des vécus sensoriels des enfants autistes. *Enfances Psy*, 80(4), 122-134. <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2018-4-page-122.htm>

Longuepee, L. (2015). *Autisme et architecture : L'exploration des troubles du spectre autistique en relation avec les paramètres architecturaux de leurs lieux de vie*. 440. <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01691650/>

Mathieu C. (2022) L'autisme autrement Centre d'accueil de jour, Médréac, Ille-et-Vilaine *ECKoloGic*. <https://www.plys.fr/wp-content/uploads/2020/05/ECKoloGic-Projet-KIETHON.pdf>

Moreau, D. (2010). Contraindre pour soigner ? Le care à l'épreuve de la contrainte dans un service d'hospitalisation psychiatrique. C. Crignon de Oliveira et M. Gaille (dir.), *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?*, 16.

Morvillers, J.-M. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*, N° 122(3), 77. <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0077>

Mostafa, M. (2008). An Architecture for Autism : Concepts of Design Intervention for the Autistic User. *Archnet-IJAR : International Journal of Architectural Research*, 2. <https://doi.org/10.26687/archnet-ijar.v2i1.182>

Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., Bingley, W., Bleetman, T., Corr, F., Cronin-Davis, J., Fraher, D.-M., Hardy, P., Jones, S., Gournay, K., Johnston, S., Pereira, S., Pratt, P., Tucker, R., & Tsuchiya, A. (2006). A Systematic Review of the Safety and Effectiveness of Restraint and Seclusion as Interventions for the Short-Term Management of Violence in Adult Psychiatric Inpatient

Settings and Emergency Departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(1), 8-18. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2006.00041>.

Nova, N. (2021) *Enquête, Création en design*. Head publishing. <https://head-publishing.ch/enquete-creation-en-design>

Observatoire Régional de l'Économie Sociale et Solidaire de Provence-Alpes-Côte d'Azur (2015), *Guide de l'innovation sociale, comprendre, caractériser et développer l'innovation sociale en PACA*. https://www.cresspaca.org/images/files/sinformer-decouvrir-ess/Guide_Innovation_Sociale_2015_CRESS_PACA_LEST.pdf

Palazzolo, J. (2004). À propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : Le témoignage de patients. *L'Encéphale*, 30(3), 276-284. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(04\)95440-1](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(04)95440-1)

Sadoun, P. (2016). Pour en finir avec une architecture anxiogène. *Cahiers de PreAut*, 13(1), 127-142. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-preaut-2016-1-page-127.htm>

Scanlan, J. (2009). Interventions To Reduce the Use of Seclusion and Restraint in Inpatient Psychiatric Settings : What We Know So Far a Review of the Literature. *The International journal of social psychiatry*, 56, 412-423. <https://doi.org/10.1177/0020764009106630>

Scanlan, J., & Novak, T. (2015). Sensory approaches in mental health : A scoping review. *Australian occupational therapy journal*, 62. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12224>

Valente, D., Bara, F., Gentaz, E., Cabot, P., Donavy, C., & Négrerie, S. (2020). Outils multisensoriels et handicap visuel : Apports du design participatif. *Diversité : Revue d'actualité et de réflexion pour l'action éducative*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02520513>

Wiglesworth, S., & Farnworth, L. (2016). *An Exploration of the Use of a Sensory Room in a Forensic Mental Health Setting : Staff and Patient Perspectives*. <https://doi.org/10.1002/oti.1428>

Zerbe, P.-S., & Lefèvre-Utile, J. (2021). Le respect de l'autonomie à travers la participation des enfants et adolescents hospitalisés en psychiatrie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 69(6), 302-310. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.01.007>

ANNEXES

ANNEXE 1 — ÉTAT DE L'ART COLLABORATIF

(Liste des références et extraits du document)

A

Attempting to Deal with Time and Space, (1997), Annika Von Hausswolff.

B

Boîte à cris, Chélanie.

Boîte à cris, (2013), Yoann Vrignaud. <https://yoannvrignaud.com/pages/boiteacri.html>

Breeze, (2020), Xinyue Yang.

C

Cabane espace blanc, Hoptoys.

Cabane espace noir, Hoptoys.

D

Delirious frites, (2014), Les astronautes.

Do it chair, (2000), Marijn van der Poll.

Dôme acoustique, IME pays de Colmar.

E

Egloo, Premiers Cris.

Ernesto Neto and the Huni Kuin : Aru Kuxpia Sacret Secret, (2015), Ernesto Neto.

Ernesto Neto.

Experience lab, Marie Rouillon.

Exposition "Le peuple de demain" (2021), Jean-Charles Castelbajac, centre Pompidou.

F

Funny, Funzy

K

Kit de retour au calme, Atelier Gigogne.

L

Light Brix, (2003), HeHe.

L'Odyssée sensorielle, (2022), exposition immersive au muséum d'Histoire Naturelle de Paris.

M

Matrix 273, (2019), Masako miki.

Mis estrellas, Hernando Barragan et Andres Aitken.

P

Papier peint interactif, (2016), Alexandre Echasseriau, Crafter Studio.

Punch'n cuddle, (2010), Brit Leissler.

P_wall, (2011), Matsys.

S

Salle d'apaisement à l'école, (2019), Sport system.

Salles sensorielles : des exemples de 1 à 20m2, Hoptoys,

Salle Time out, Nenko.

Screaming contest, (2016), Mirror me booth.

Sensorium, (2012), Les M.

T

TeamLab : au-delà des limites, (2018), Exposition à la Halle de la Villette à Paris.

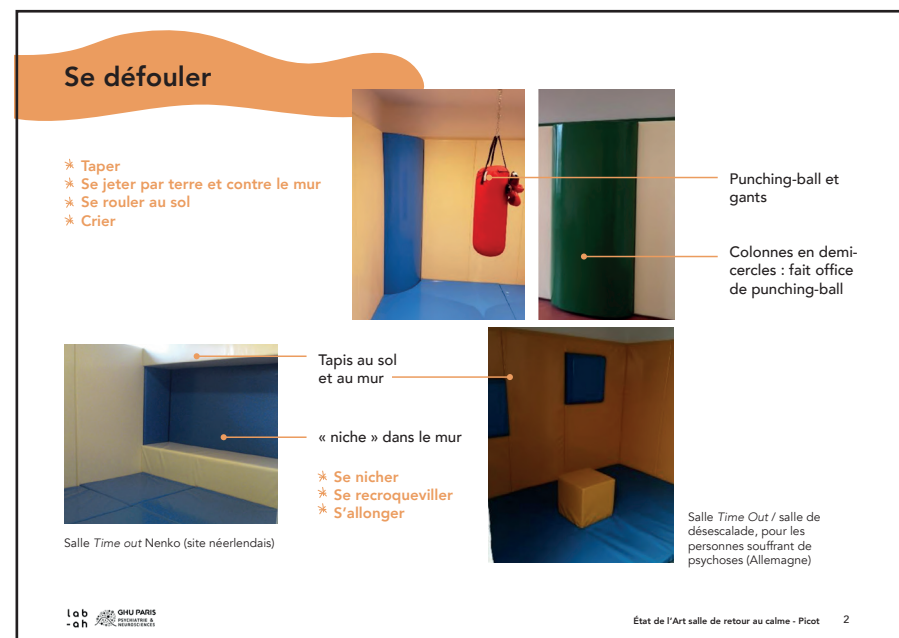
Time Out Raum / Deeskalationsraum (traduction : Salle Time Out / salle de désescalade) Rapport allemand Schaefer.

W

Washed Up Fingers, (2005), Emma Donovan.

Y

Yellow sculpture, (1998), Hans Hemmert



Se défouler / s'apaiser

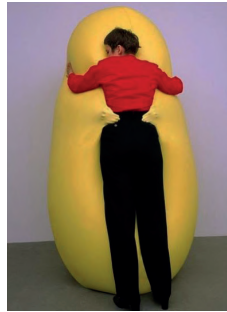
- * Frapper
- * Câliner



Attempting to Deal with Time and Space, Annika Von Hausswolff (1997)



Punch'n cuddle



Yellow sculpture, Hans Hemmert

ANNEXE 2 — REVUE DE LITTÉRATURE COLLABORATIVE

(Liste des références, photo et extraits du document)

ANESM (Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux), (2017). *Les espaces de calme-retrait et d'apaisement Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833763/fr/les-espaces-de-calme-retrait-et-d-apaisement

Bellusso, P., Haegelé, M., Harnist, K., Kathrein, C., & Massias-Zeder, A. (2017). *Autisme et sensorialité, Guide pédagogique et technique pour l'aménagement de l'espace*. 72. http://cra-alsace.fr/wp-content/uploads/2018/02/AUTISME_v_interactif_2018.pdf

Bellusso, P., Maumy-Bertrand, M., Desnos, Y., & Segond, H. (2014). Intérêts de la psychothérapie à médiation sensorielle dans le cadre de la prise en charge des troubles de la relation et de la communication chez des enfants autistes sévèrement déficitaires II : Illustration clinique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62(2), 95-101. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.12.009>

Blais I. (2016). *L'environnement intérieur et l'autisme : Un centre de jour pour adultes*. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/15925/Blais_Irini_2016_memoire.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Brand, A., Rca, H., & Centre. (2010). *Living in the Community Housing Design for Adults with Autism*. https://www.researchgate.net/publication/228448997_Living_in_the_Community_Housing_Design_for_Adults_with_Autism

Conseil général de d'Isère Direction Santé Autonomie (2005). *Référentiel départemental de bonnes pratiques pour l'accueil des personnes adultes atteintes d'autisme*. <https://fr.readkong.com/page/referentiel-departemental-de-bonnes-pratiques-pour-4839331>

Creismas, B. (2017). *L'architecture au service du soin. Rôle de l'architecture dans le soin aux personnes : Le cas de l'autisme*. [calameo.com. https://www.calameo.com/read/004635565e6c7f1851482](https://www.calameo.com/read/004635565e6c7f1851482)

Le toucher

- * Marcher
- * Se nicher
- * Se jeter
- * Frapper
- * Câliner



Sensorium, les M, exposé au Mudam

- Succession de différents matériaux



Cruveiller, V. (2019). Sémiologie sensorielle dans les troubles du spectre autistique : Revue de la littérature. *La psychiatrie de l'enfant*, 62(2), 455-470. <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2019-2-page-455.htm>

Degenne-Richard, C., & Fiard, D. (2011). *L'Hypostimulation Sensorielle : Une réponse à la crise de l'adulte avec autisme*. <https://docplayer.fr/53482133-L-accompagnement-des-personnes-avec-autisme.html>

Deifell, T., Dreiseszun, S., Jill, M., O'Neill, P., & Sinclair, A. (2009). Opening Doors : A Discussion Of Residential Options For Adults Living With Autism And Related Disorder. 100. https://www.autismcenter.org/sites/default/files/files/openingdoors_print_042610_001.pdf

Demilly, E. (2014). *Autisme et architecture. Relations entre les formes architecturales et l'état clinique des patients*. http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2014/demilly_e/pdfAmont/demilly_e_these.pdf

Dunn, W. (2010). *Profil Sensoriel. Mesurer l'impact des troubles sensoriels de l'enfant sur sa vie quotidienne*. <https://www.pearsonclinical.fr/profil-sensoriel-mesurer-limpact-des-troubles-sensoriels-de-lenfant-sur-sa-vie-quotidienne>

Duris, O. (2022). Le robot comme « support de parole » pour l'enfant autiste. Sur l'intérêt de l'outil robotique dans la relation intersubjective enfant TSA/thérapeute. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.07.008>

Délégation ministérielle autisme et troubles du neurodéveloppement, (2020). *Favoriser l'accès des personnes autistes aux logements « ordinaires » : Guide technique des adaptations*. <https://gnkra.fr/wp-content/uploads/2020/10/Favoriser-l%E2%80%99acc%C3%A8s-des-personnes-autistes-aux-logements-ordinaires.pdf>

Éditions du Centre de Psychologie Appliquée (ECPA) (date non indiquée) *Le Profil Sensoriel vu par une ergothérapeute*. <https://www.pearsonclinical.fr/mwdownloads/download/link/id/780/>

Goyeau F. (2008) *Architectures et Autisme*. <https://docplayer.fr/215478541-Architectures-et-autisme.html>

Humphreys S. (2011) Architecture et autisme. *Link Autisme*. https://www.autismeurope.org/wp-content/uploads/2017/09/LINK-AUTISM-55-FR7.low2_NSreviewed_BATa-corriger.pdf

Jacques, C., & Croft, M.-C. (2013). *Epanouissement sensoriel : La diversité architecturale du milieu de garde inclusif intégrant des enfants atteints de troubles envahissants du développement*. Université Laval - Québec. https://www.arc.ulaval.ca/files/arc/JacquesChristelle_EPH2013

Lasalle, V. (2021). *Du design de l'enveloppe à celui de l'expérience d'enveloppement : Vers des pratiques de design qui accompagnent les services cliniques d'une habitation transitoire*. Colloque Intersections Du design : Prendre soin par le design. <https://urlz.fr/iOtS>

Le Menn-Tripiti, C., Vachaud, A., Defas, N., Malvy, J., Roux, S., & Bonnet-Brilhault, F. (2019). L'évaluation sensori-psychomotrice dans l'autisme : Un nouvel outil d'aide au diagnostic fonctionnel. *L'Encéphale*, 45(4), 312-319. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.12.003>

Lheureux-Davidse, C. (2015). L'étonnement partagé face à des événements sensoriels avec des personnes autistes. *Cliniques méditerranéennes*, 91(1), 67-80. <https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2015-1-page-67.htm?contenu=resume>

Lheureux-Davidse, C. (2018a). Angoisses spatiales et création de l'espace dans la clinique de l'autisme. *Le Coq-heron*, 235(4), 50-60. <https://www-cairn-info.eu1.proxy.openathens.net/revue-le-coq-heron-2018-4-page-50.htm?contenu=resume>

Lheureux-Davidse, C. (2018b). La prise en compte en psychothérapie des vécus sensoriels des enfants autistes. *Enfances Psy*, 80(4), 122-134. <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2018-4-page-122.htm>

Lheureux-Davidse, C. (2019). Entre hypersensibilité et hyposensibilité chez des personnes autistes. *Corps Psychisme*, 74(1), 83-95. <https://www.cairn.info/revue-corps-et-psychisme-2019-1-page-83.htm>

Longuepee, L. (2015). *Autisme et architecture : L'exploration des troubles du spectre autistique en relation avec les paramètres architecturaux de leurs lieux de vie*. 440. <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01691650/>

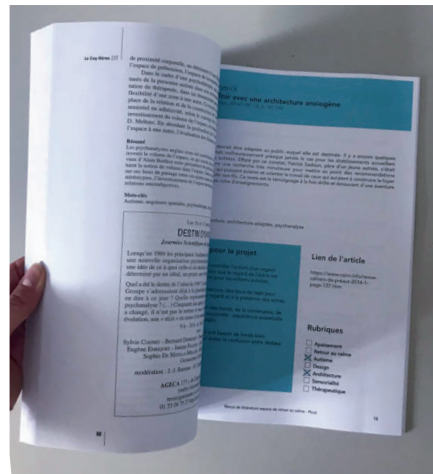
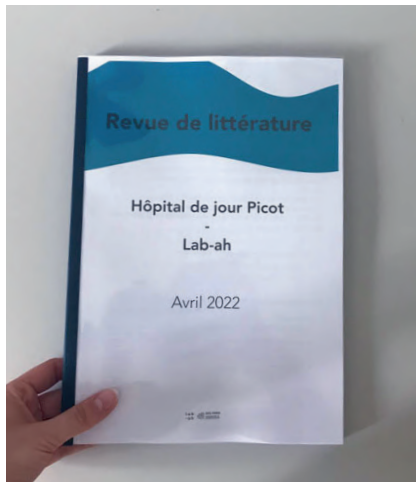
Mathieu C. (2022) L'autisme autrement Centre d'accueil de jour, Médréac, Ille-et-Vilaine *ECKoloGic*. <https://www.plys.fr/wp-content/uploads/2020/05/ECKoloGic-Projet-KIETHON.pdf>

Mostafa, M. (2008). An Architecture for Autism : Concepts of Design Intervention for the Autistic User. *Archnet-IJAR : International Journal of Architectural Research*, 2. <https://doi.org/10.26687/archnet-ijar.v2i1.182>

Pieron M. (2022) *Note sur la prise en compte des particularités sensorielles des personnes avec autisme dans l'optique de la réalisation d'une salle calme.*

Recordon-Gaboriaud, S. (2009). Réflexions sur les qualités sensorielles nécessaires à un habitat adapté pour les personnes avec autisme vivant en internat. *Bulletin scientifique de l'arapi (Le)*, n°23, p.46-50. <https://site.arapi-autisme.fr/wp-content/uploads/2020/06/BS23interieur.pdf>

Sadoun, P. (2016). Pour en finir avec une architecture anxiogène. *Cahiers de PreAut*, 13(1), 127-142. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-preaut-2016-1-page-127.htm>



Chantal Lheureux-Davidse Entre hypersensibilité et hyposensibilité chez des personnes autistes

Corps & Psychisme, 2019/1 (N° 74), p. 83-95

Résumé

À partir de rencontres en psychothérapie avec des personnes autistes, la prise en compte de leurs particularités sensorielles entre hypersensibilité et hyposensibilité, et de leur fonctionnement psychique qui en découle, facilite la représentation des vécus corporels. Alors se construit le sentiment d'exister, la relation aux autres et à l'espace ainsi qu'une meilleure flexibilité entre des éléments qui étaient clivés et dispersés.

Mots-clés

autisme, sensorialité, vécu corporel, fonctionnement psychique, relation à l'environnement

Intérêt pour le projet

- L'alternance entre des moments d'hypersensibilité et d'hyposensibilité se fait en fonction des moments de saturation sensorielle et du processus de clivage qui entraîne une perte de liaison dans différents domaines, notamment entre les catégories sensorielles.
- Le thérapeute accompagne l'enfant autiste dans la relance du lien à partir de ses intérêts sensoriels, entre déliaison et remise en liaison tant au niveau sensoriel (regard...), temporel, psychique que corporel et dans l'investissement de l'espace.
- Les agrippements sensoriels ainsi que les mouvements répétitifs et restreints cède peu à peu la place à un sentiment d'existence retrouvé et à un intérêt pour le partage relationnel et de l'environnement.

Lien de l'article

<https://www.cairn.info/revue-corps-et-psychisme-2019-1-page-83.htm>

Rubriques

- Apaisement
- Retour au calme
- Autisme
- Design
- Architecture
- Sensorialité
- Thérapeutique

Olivier Duris

Le robot comme « support de parole » pour l'enfant autiste. Sur l'intérêt de l'outil robotique dans la relation intersubjective enfant TSA/thérapeute

Hôpital de Jour pour enfants André-Boulloche1 (association Cerep-Phymentin), Paris, France, 2022

Article proposé par Patricia Tolfo

Résumé

Travaillant depuis plusieurs années dans un hôpital de jour, accueillant des jeunes TSA âgés de 4 à 14 ans, nous avons mis en place, depuis 2016, des ateliers thérapeutiques à médiation robotique. Nous avons pu montrer, à plusieurs reprises, en quoi le robot était un outil innovant et intéressant dans la clinique des TSA, notamment du fait de son apparence simplifiée, de sa répétitivité et de sa prévisibilité. Dans le cadre de cet article, nous nous attarderons plus particulièrement sur l'aspect simplifié de la voix du robot, autre élément essentiel à prendre en compte dans ce type de médiation thérapeutique. En nous basant sur le cas d'un enfant autiste que nous avons suivi en atelier à médiation « robotique », nous tenterons de montrer en quoi le robot peut se faire « support » ou « relai » du sujet qui le contrôle ou, en tout cas, contenir une part de la propre subjectivité de celui-ci.

Mots-clés

Autisme, TSA, Robot compagnon, Nouvelles technologies, Voix

Intérêt pour le projet

- Le robot peut être programmé sur des gestes répétitifs; l'enfant avec ses stéréotypies y trouve une résonance
- Le robot a des mouvements simples, prévisibles, stéréotypés : l'enfant peut se concentrer sur ce que propose la machine
- La voix du robot est moins complexe, dénuée d'émotion
- Le robot est un outil inclus dans une relation intersubjective entre le patient et son thérapeute, et permet à l'enfant autiste de se reconnaître en tant que sujet à part entière, différencié de l'autre.

Lien de l'article

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S022296172100146X?via%3Dihub>

Rubriques

- Apaisement
- Retour au calme
- Autisme
- Design
- Architecture
- Sensorialité
- Thérapeutique

Perrine Belluso et al.,

Autisme et sensorialité, Guide pédagogique et technique pour l'aménagement de l'espace

2017

Document proposé par Laure Jourdan

Résumé

Si les personnes avec autisme expriment non seulement leurs sentiments de manière différente, elles ressentent également le monde différemment. Comprendre leurs propres expériences les mobilise beaucoup.

L'aménagement de l'environnement sensoriel est un préambule indispensable à toute forme de soins ou d'éducation pour les personnes avec autisme, quel que soit leur niveau. Cela permet une bonne hygiène de vie mentale et de confort psychique, tout en tenant compte des contraintes inhérentes au quotidien (c.à.d. les bruits, la promiscuité, les stressseurs environnementaux comme l'excès ou le manque de luminosité, la fréquence des passages, la présence des mouvements d'autrui...).

Mots-clés

Architecture, TSA, apaisement, espaces

Intérêt pour le projet

Recommandations techniques pour l'aménagement des espaces :

- Maximiser la familiarité, la stabilité et la clarté
- Simplifier l'environnement sensoriel
- Donner la possibilité aux personnes de s'approprier l'espace
- Favoriser la lisibilité de l'environnement, délimiter les pièces, éliminer le désordre visuel et physique, réduction des stimulations, des détails.
- Privilégier les lignes courbes, formes arrondies
- Lumière : Privilégier les éclairages indirects et de type incandescent avec des teintes de lumières chaude. Opter pour des variateurs d'intensité
- Couleurs : Privilégier les tons neutres, clairs, doux, pâles ou pastel. Renforcer le repérage. Délimitation du lieu par un changement de couleur, de matériau.

Dans un bâtiment pour enfants TSA, il faut des espaces stimulants et non stimulants. Fiches techniques d'espaces :

- Espace snoezelen (cf fiche 11)
- Espace de calme-retrait (cf fiche 13) : rupture avec l'environnement, appauvrie au plan sensoriel. Préconisations : Murs blancs, Pas de mobilier ou objet autre que fonctionnel, Ambiance lumineuse douce, Bonne isolation acoustique, Porte « hublot ».

Lien de l'article

http://cra-alsace.fr/wp-content/uploads/2018/02/AUTISME_v_interactif_2018.pdf

Rubriques

- Apaisement
- Retour au calme
- Autisme
- Design
- Architecture
- Sensorialité
- Thérapeutique

ANNEXE 3 — PROPOSITIONS D'ATELIERS

Météo émotionnelle des espaces

Aller dans les pièces de l'HDJ avec la roue des émotions et repérer les ressentis de chaque enfant vis-à-vis de ces espaces.

Commentaires

Images d'atmosphères

Demander aux enfants de choisir des images d'atmosphères et d'univers, associées à leur perception actuelle de la salle de retour au calme.

Commentaires

Créer son accessoire relaxant

Chaque enfant compose son accessoire sensoriel qu'il pourra garder avec lui.

Commentaires

Protocole

Matériel

Installation sons et lumières

Installer dans une salle une série d'ambiances lumineuses et sonores, et observer les réactions et les mouvements des enfants dans la salle.

Commentaires

Assises et volumes

Proposer différentes assises et observer les préférences, les positions, les utilisations.

Commentaires

Espaces de retrait

Créer et composer son refuge.

Commentaires

Collages : formes, couleurs et volumes

Créer des univers formels pour la décoration de la salle de retour au calme, sur des grands formats de papier ou in situ dans l'espace.

Commentaires

Protocole

Matériel

ANNEXE 4 — DESCRIPTION DES ATELIERS

Images d'atmosphères

Demander aux enfants de choisir des images d'atmosphères et d'univers, associées à leur projection de la salle de retour au calme.

Commentaires

« Ça va plus leur parler que la proposition avec la roue des émotions. Ils vont montrer ce à quoi ils veulent que ça ressemble »

Matériel

- o Images univers de la nature : forêt (sous-bois), mer et plage, sous l'océan, ciel étoilé, ciel avec oiseaux, grotte, montagne, skyline.
- A4 contrecollé sur carton.
- Bandes d'aimants (signalétique)
- o Vidéoprojecteur.

Protocole

- o En individuel + 1 pro Picot.
- o Dans la salle de retour au calme.
- o Durée : environ 15 min.

1/ Introduire : « on va refaire cette salle... »
 2/ « Qu'est-ce qui t'apaise le plus ? Qu'est-ce que tu aime ? »
 3/ L'enfant choisi ses images préférées et les classe.
 4/ On projette l'image préférée.

Fiche d'observation

- o Comment a-t-il choisi les images (hésitation, spontanée...)?
- o Le classement des images.
- o Pourquoi il l'a choisi ?
- o Ses réactions à la projection.
- o Ses commentaires.

Lab -ah GHU PARIS PROPOSEUR & ANIMATEUR Propositions d'ateliers HDJ Picot - 27 avril 2022

Créer son accessoire relaxant

Chaque enfant compose son accessoire sensoriel qu'il pourra garder avec lui.

Commentaires

Très intéressant !

Matériel

- o Objets contenant : ballon de baudruche multiforme, bouteille, chaussette, pochette plastique, gants en latex...
- o Objets contenus : sable cinétique, farine, graines, billes d'eau...
- o Boîtes pour contenir les matériaux.
- o Cônes en papier

Protocole

- o 2 enfants + 1 pro Picot + 1 Lab-ah.
- o Dans une autre salle.
- o Durée : environ 30 min.

1/ « Qu'est-ce qui t'apaise le plus ? Qu'est-ce que tu aime ? » « Qu'est-ce qui te fait du bien ? »
 2/ Exploration : l'enfant touche, teste les différents matériaux.
 3/ L'enfant crée son objet relaxant.

Fiche d'observation

- o Moment exploratoire : ses commentaires et réactions corporelles face à chaque matériau.
- o Ce qu'il a choisi et pourquoi.
- o Après la construction de l'objet : comment il le manipule + Quels ressentis ? Veut-il le garder ? L'avoir quand il est triste ? Etc.

Lab -ah GHU PARIS PROPOSEUR & ANIMATEUR Propositions d'ateliers HDJ Picot - 27 avril 2022

Installation sons, lumières et volumes

Proposer différents types d'assises. Faire passer une série d'ambiances lumineuses et sonores.



Matériel

- o 2-3 assises différentes, idée d'assises : coussin d'allaitement, water bubble, drap haptoy, coussin noeud
- o Une enceinte (à Picot elles en ont une.)
- o Lumière : une veilleuse avec des feuilles de gélatine colorée à mettre dessus
- o Musique : playlists téléchargées
 - 3 sons de nature (voir l'appli « atmosphère »)
 - 3 musiques relaxantes
 - 3 sons de bruits blancs

Protocole

- o En individuel + 1 pro Picot + 1 Lab-ah.
 - o Dans la salle de retour au calme.
 - o Durée : environ 10 min.
- 1/ Il entre et choisit son assise, sa posture.
2/ Test des lumières
3/ Test des sons

Fiche d'observation

- o Le choix de l'assise + la posture de l'enfant (croquis).
- o Pour chaque lumière : observations corporelles + commentaires de l'enfant + il aime/n'aime pas.
- o Pour chaque son : durée d'écoute + observations corporelles + commentaires de l'enfant + il aime/n'aime pas.

Commentaires

- o Ne pas mettre des choses trop stimulantes
- o Ne pas faire de rupture trop rapide dans les variations sonores et lumineuses
- o On pourrait garder ce système et le tester pendant quelques jours dans la salle de retour au calme.

Images d'atmosphères

Fiche d'observation

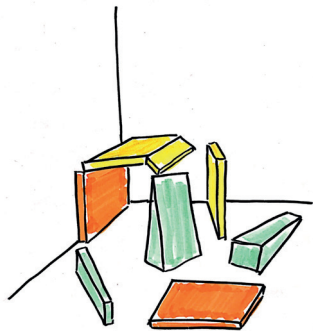
Prénom de l'enfant : _____

Avec quel mot défini-t-il la salle de retour au calme ? _____

Images	Classement des images	Attitude (hésitant, spontané...)	Pourquoi ce choix ? Commentaires et réactions de l'enfant	Réaction à la projection

Espaces de retrait

Créer et composer son refuge.



Matériel

- o Plusieurs modules en carton
- o Scratch

Protocole

- o En individuel + 1 pro Picot + 1 Lab-ah.
- o Dans la salle de retour au calme.
- o Durée : environ 20 min.
- o Dispositif éphémère : chaque enfant construit, on prend en photo, on déconstruit.

Fiche d'observation

- o Où il s'installe dans la salle.
- o Ses commentaires.
- o Ses réactions corporelles.
- o La forme qu'il donne à la construction.
- o Après la construction : comment il l'investit, l'utilise.

- o Très bonne idée !
- o Attention à bien faire comprendre que c'est pour la salle de retour au calme.
- o Ce n'est pas facile pour tous > créer différents types de modules.

Images d'atmosphères

Fiche d'observation

Prénom de l'enfant : _____

Images	Classement des images	Attitude (hésitant, spontané...)	Pourquoi ce choix ? Commentaires de l'enfant	Réaction à la projection

Créer son accessoire relaxant

Fiche d'observation

Prénom de l'enfant : _____

1 Exploration

Commentaires de l'enfant : _____

2 Son choix

Quel association (contenu/contenant) a-t-il choisi ? _____

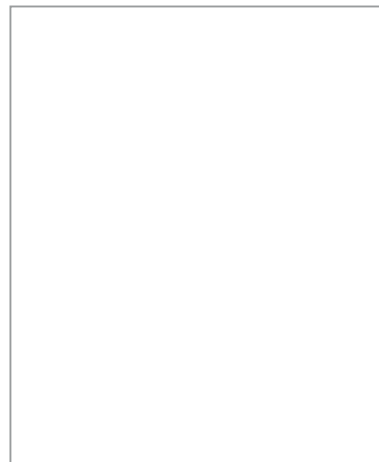
Pourquoi ? _____

3 Après la construction de l'objet

Comment il le manipule ?

Observations corporelles et émotionnelles :

Croquis



Sons, lumières et volumes

Fiche d'observation

Prénom de l'enfant : _____

1 Choix de l'assise

Quelle assise a-t-il choisi ?



Observations des postures et expressions émotionnelles :



2 Lumières

Lumières	Aime / n'aime pas	Observations corporelles et émotionnelles	Commentaires de l'enfant
Bleue			
Jaune			
Rose			

3 Sons

Sons	Durée d'écoute	Aime / n'aime pas	Observations corporelles et émotionnelles	Commentaires de l'enfant
Eau				
Oiseaux				
Baleine				
Piano				
Om				

Espaces de retrait

Fiche d'observation

Prénom de l'enfant : _____

Cabane-coin

Ses commentaires :

Observations corporelles et émotionnelles :

Comment il l'investit ?

Observations des postures et des usages :

Cabane-tapis

Ses commentaires :

Observations corporelles et émotionnelles :

Comment il l'investit ?

Observations des postures et des usages :

ANNEXE 6 — QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION

Fiche d'évaluation de la crise

Échelle de 1 (pas beaucoup)
à 5 (beaucoup) : à entourer

Code de l'enfant : _____

Heure de début : _____

Date : _____

Heure de fin : _____

1 Avant la crise

Signes pré-crisis

Agitation	1	2	3	4	5
Auto-agressivité	1	2	3	4	5
Hétéro-agressivité	1	2	3	4	5
Difficulté de communication	1	2	3	4	5

Nature de l'intervention

Appel au médecin

Demande : Par l'enfant
 Par la soignante

Nombre de soignantes impliquées : _____

2 Pendant la crise

Recours à des techniques particulières
(balancement, drap...) : _____

Propreté de l'enfant : _____

Cris	1	2	3	4	5
Agitation	1	2	3	4	5
Auto-agressivité	1	2	3	4	5
Hétéro-agressivité envers les objets	1	2	3	4	5
Hétéro-agressivité envers les personnes	1	2	3	4	5

- Coups
- Morsures
- Crachats
- Autre, précisez : _____

Que fait l'enfant ?

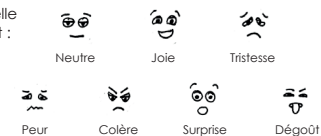
- Allongé au sol
- Recroquevillé dans un angle
- Longeant le mur
- En mouvement perpétuel
- Stéréotypie, laquelle : _____
- Autre, précisez : _____

3 Après la crise

Apaisement physique 1 2 3 4 5

Apaisement verbal 1 2 3 4 5

Évaluation
émotionnelle
de l'enfant :

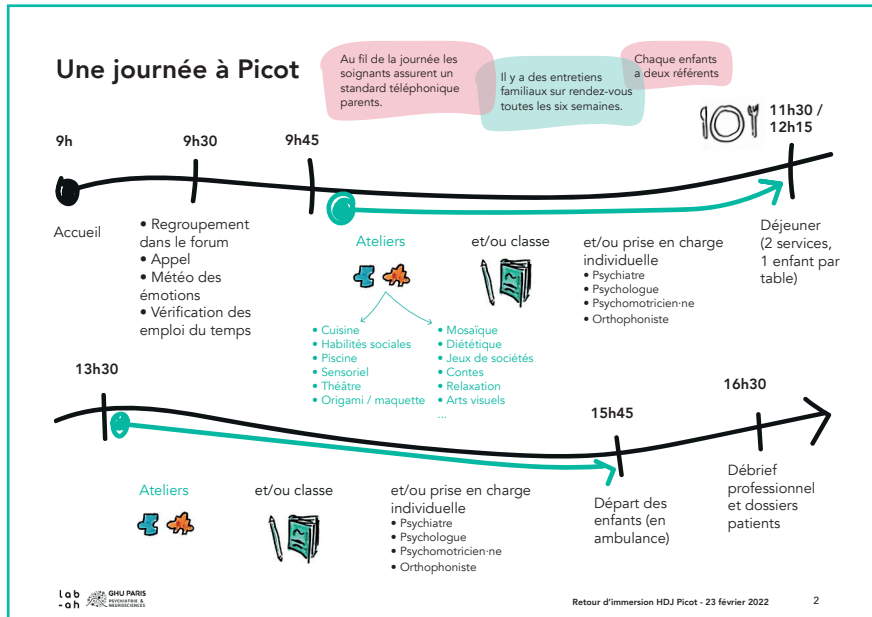


Recours à une ressource sensorielle :

- Non
- Oui, laquelle : Musique
 Texture
 Images
 Lumière
 Autre, précisez : _____

ANNEXE 7 — RETOUR D'IMMERSION

(Extraits du document)



Les idées des enfants pour l'espace de retour au calme

Et les idées de l'équipe soignante

2 Pour se calmer

Convoquer les sens

- Se concentrer
- Déplacer l'attention

De la musique, ça détend.

Parole d'un enfant

Du son :

- * De la musique
- * Des bruits blancs

- * Un casse-tête, des jeux
- * Permettre de s'envelopper
- * Permettre de se bercer, se balancer

Retour d'immersion HDJ Picot - 23 février 2022

Les idées des enfants pour l'espace de retour au calme

Et les idées de l'équipe soignante

La salle de retour au calme, elle fait peur.

Parole d'un enfant

1 Pour se défouler

- * Un punching-ball ou des coussins remplis de différents matériaux (billes polystyrène, riz, graines, etc.)
- * Un mur qui absorbe le bruit pour ne pas gêner les autres
- * Des murs capitonnés (pour les coups et le bruit)
- * Un tapis au sol
- * Des jeux vidéos

Le sol est trop froid.

Parole d'un enfant

Retour d'immersion HDJ Picot - 23 février 2022

Les idées des enfants pour l'espace de retour au calme

Et les idées de l'équipe soignante

2 Pour se calmer

Convoquer les sens

Des décorations :

- * Différents papiers peints ou couleurs
- * Des figurines

De la lumière :

- * Leurs dessins = appropriation de la salle
- * Des images plaisantes par rapport à leur centre d'intérêt
- * Une boule à facettes qui tourne et fait plusieurs couleurs
- * Variateur de lumière (intensité lumineuse)
- * Varier les couleurs selon chaque enfants

Retour d'immersion HDJ Picot - 23 février 2022

Compte rendu d'atelier: créer son accessoire relaxant

25/05/2022 – atelier de co-conception avec les enfants – projet salle de retour au calme - HDJ Picot

Introduction

- Nombre d'enfants : 8 (2 enfants à la fois dans l'atelier)
- Durée de chaque atelier : environ 10 minutes
- Atelier animé par Emma (Picot) et Lou (lab-ah)
- Objet de l'atelier : chaque enfant compose son accessoire sensoriel qu'il pourra garder avec lui
- Matériaux proposés :



Contenus : billes d'eau, lentilles, sable cinétique, sable



Contenants : collants, gants en latex, sachets en plastiques, ballons

Déroulement

- Ils plongent directement les mains dans les bacs.
- Un enfant était très étonné par les billes d'eau et a commencé par toucher du bout des doigts. Leur choix se faisait vite.
- « Ça fait du bien »



Leur choix

Contenants :

- Les ballons de baudruche : 8/8 enfants

Contenus :

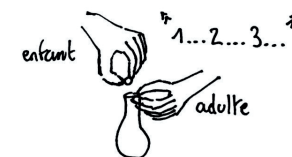
- Les billes d'eau : 4/8 enfants
- Les lentilles : 1/8 enfants
- Le sable cinétique : 2/8 enfants
- La farine : 2/8 enfants

Pendant la construction

Chaque enfant a construit son objet avec l'aide d'un adulte.

Observations émotionnelles et corporelles :

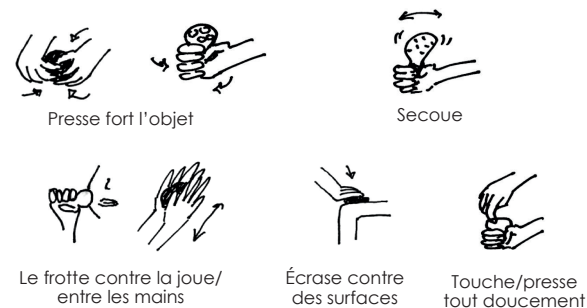
- La plupart étaient concentrés, attentifs, calmes. Un seul était un peu plus excité/énergique.
- Certains étaient très minutieux et aimaient mettre les billes une par une dans le ballon.



« C'est satisfaisant. »

Après la construction

Manipulations :



L'objet est considéré comme :

- Agréable
- Déstressant / qui calme

« J'ai fait mon propre objet anti-stress. »

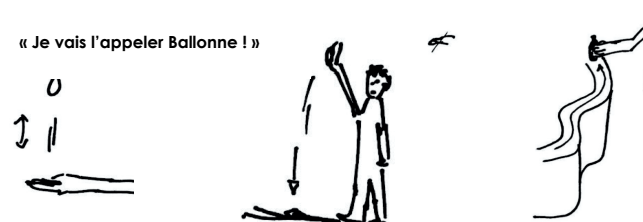
Après l'atelier

Ils disent tous vouloir le garder.

Certains enfants continuaient d'utiliser leur objet :

- Joue avec comme si c'était une figurine
- Le lance par terre, contre le mur, dans ses mains
- Le garde en main pour faire autre chose

† revenus pc



Compte rendu d'atelier: images d'atmosphères

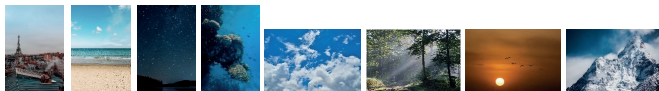
25/05/2022 – atelier de co-conception avec les enfants – projet salle de retour au calme - HDJ Picot

Introduction

- Nombre d'enfants : 8 (1 enfant à la fois dans l'atelier)
- Durée de chaque atelier : environ 10 minutes
- Atelier animé par Manon (Picot) et Anne-Lise (lab-ah)

Objet de l'atelier :

- Choisir des images d'atmosphères et d'univers, associées à leur projection de la salle de retour au calme.
- Images proposées :



Sous formes de photos puis de projection au mur



Déroulement

En deux temps :

Les enfants sont d'abord invités à choisir 3 images puis ils s'installent dans un fauteuil pour voir leur choix projeté au mur. Des sons associés à l'image projeté sont diffusés.

Leurs choix

Nouveaux noms évoqués pour la salle de retour au calme :

« la salle du soleil »

« la mer »

« la salle au cas où que les enfants soient énervés »

« la base des supers héros »

Choix d'images

La mer : III

Le ciel : II

La montagne : I

La clairière : II

Le coucher de soleil : IIIII

Les fonds marins : IIII

La skyline de Paris : III

La voie lactée : IIII

A propos des images :

La mer, le ciel, le coucher de soleil et la voie lactée ont beaucoup plu

La montagne et la clairière apparaissent comme plus menaçant

Pour la montagne, une image de paysage sous la neige serait plus adaptée.

Il manque, selon Manon, une image de cascade.

Un enfant associe spontanément 3 images de ciel : le ciel bleu / la voie lactée et le coucher de soleil

Sur les attitudes et les postures des enfants :

Certains font un choix très spontané puis changent d'avis ou oublient leur choix en cours d'atelier

Certains hésitent puis finissent par faire un choix en associant 3 images qui sont côte à côte.

Les enfants ont du mal à se concentrer et à rester assis. Leur attention doit être captée. Ils veulent que « les images bougent » et qu'il y ait des sons qui soient associés.

Projection en boucle de vidéos avec des sons associés

Compte rendu d'atelier: sons, lumières et volumes

23/05/2022 – atelier de co-conception avec les enfants – projet salle de retour au calme - HDJ Picot

Introduction

- Nombre d'enfants : 8 (1 enfant à la fois dans l'atelier)
- Durée de chaque atelier : environ 10 minutes
- Atelier animé par Manon (Picot) et Anne-Lise (lab-ah)

Objet de l'atelier :

Proposer différents types d'assises. Faire passer une série d'ambiances lumineuses et sonores.

Assises au choix : un pouf (billes) et des tapis mis en forme d'alcove

Lumières proposées : bleu / jaune / rose

Sons diffusés : le bruit de l'eau / le chant des oiseaux / le chant de la baleine / un morceau de piano / le son Om



Déroulement

Les enfants étaient d'abord invités à choisir une assise puis devaient choisir la couleur de lumière qui les apaisait le plus puis finissait par l'écoute de plusieurs sons ou bruits relaxants



Leurs choix

5 enfants ont choisi spontanément de se mettre sur le « tapis alcove »

Le plus souvent dans l'angle en position de repli.

3 enfants ont choisi le pouf en première intention, seul un y est resté tout le long de la séance : **«c'est un nid ou un œuf»**. Les deux autres ont fini par changer pour le tapis

«ça fait trop de bruit ça !»

Concernant les lumières, le bleu a été cité par 4 enfants

«le bleu des glaçons et de l'eau»

Choix des musiques :

Eau : | | | |

Oiseaux : | | | | | |

Baleine :

Piano : | | | | |

Om :

Remarques des enfants

Ils souhaitent une couverture et un oreiller

Ils aiment quand la couleur de la lumière change doucement. Ils sont captés

Un dispositif sonore et lumineux plus immersif est à penser

Compte rendu d'atelier: espaces de retrait

24/05/2022 – atelier de co-conception avec les enfants – projet salle de retour au calme - HDJ Picot

Introduction

- Nombre d'enfants : 6 (1 enfant à la fois dans l'atelier)
- Durée de chaque atelier : environ 10 minutes
- Atelier animé par Laure (Picot) et Anne-Lise (lab-ah)

Objet de l'atelier :
manipuler et s'approprier des espaces de retrait

Proposition de deux cabanes : l'une installée dans un angle de la salle de retour au calme dont les parois se rabattent et une autre sous forme de tapis qui se replie



Déroulement

Les enfants entrent dans la pièce et sont invités à choisir une cabane, à la manipuler, à entrer dedans

Ils peuvent ensuite tester la deuxième

Choix

Les 6 enfants se dirigent spontanément en première intention vers la cabane-coin

C'est celle qu'ils préfèrent à l'unanimité

Ils l'utilisent plus facilement avec les ailes complètement rabattues sur eux plutôt qu'en tipi.

Leurs remarques :

Cabane-coin :

Aime que ça se transforme et qu'ils puissent s'y cacher « **je plie et je replie, ça se transforme** »

« **c'est pour se protéger !** »

« **c'est calme, on entend pas de bruits !** »

Les enfants ont exprimé leur envie d'avoir à l'intérieur de la lumière, des étoiles phosphorescentes par exemple, un oreiller, une couverture, un intérieur plus doux avec des couleurs, un sol plus mou

Cabane-Tapis :

« **y'a pas de tapis par terre !** »

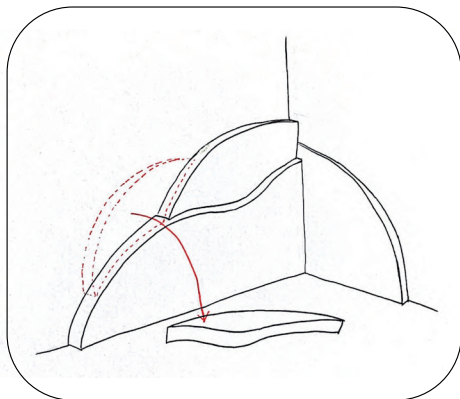
« **c'est un peu serré !** »

Les enfants ont aimé le fait qu'ils puissent fermer la porte

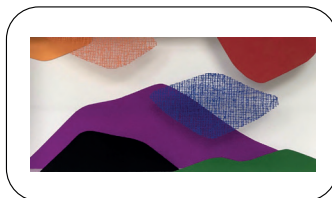
Manipulation moins intuitive

ANNEXE 10 — CAHIER D'INTENTION

Paysage mural

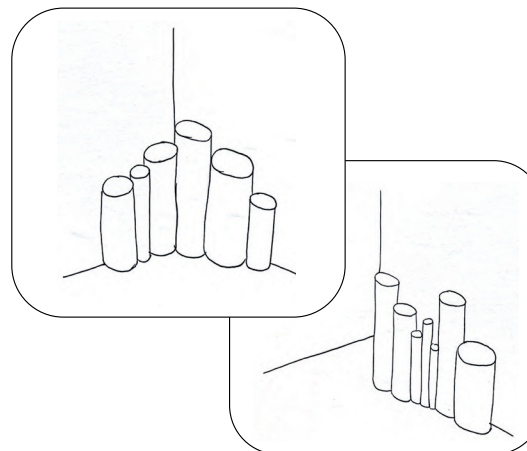


Inspiration



Lab -ah GHU PARIS
PREVENANCE & REHABILITATION
Cahier d'intention HDJ Picot - 29 juin 2022

Mur cylindres

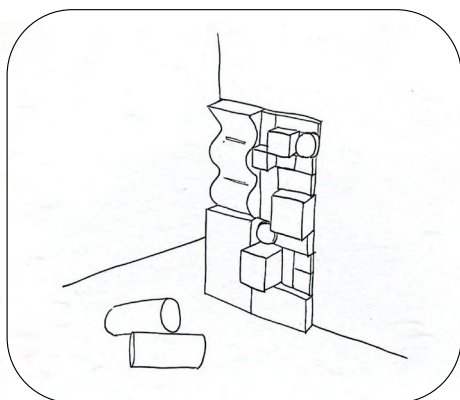


Inspiration

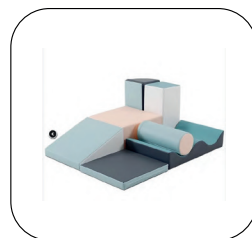


Lab -ah GHU PARIS
PREVENANCE & REHABILITATION
Cahier d'intention HDJ Picot - 29 juin 2022

Mur motricité

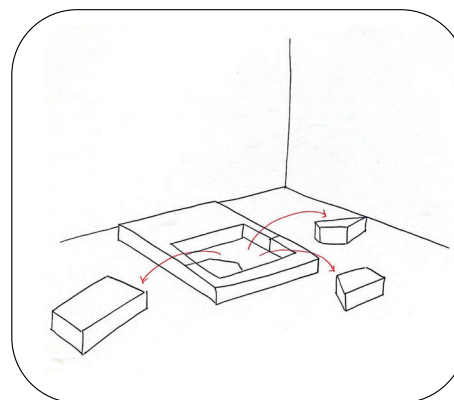


Inspirations

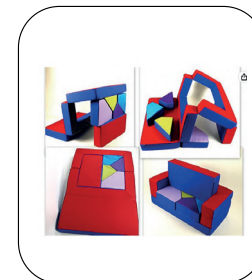


Lab -ah GHU PARIS
PREVENANCE & REHABILITATION
Cahier d'intention HDJ Picot - 29 juin 2022

Matelas creux/mou

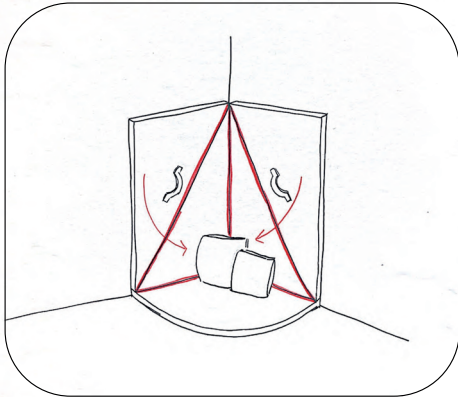


Inspirations



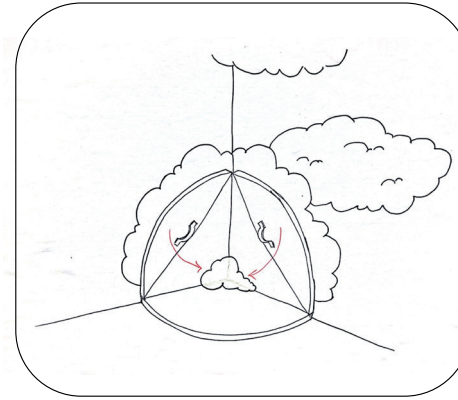
Lab -ah GHU PARIS
PREVENANCE & REHABILITATION
Cahier d'intention HDJ Picot - 29 juin 2022

Cabane tipi



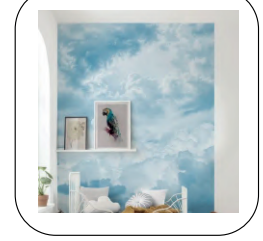
Lab -ah GHU PARIS PRODIGES & RESSOURCES Cahier d'intention HDJ Picot - 29 juin 2022

Cabane dans le paysage

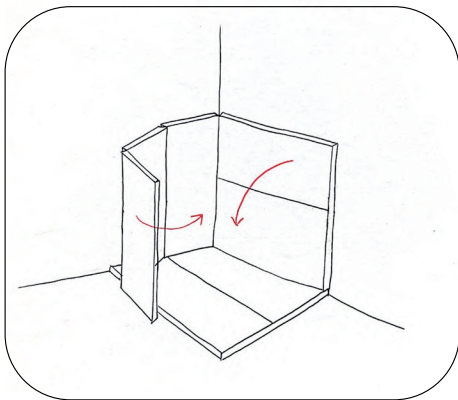


Lab -ah GHU PARIS PRODIGES & RESSOURCES Cahier d'intention HDJ Picot - 29 juin 2022

Inspirations



Cabane tapis



Lab -ah GHU PARIS PRODIGES & RESSOURCES Cahier d'intention HDJ Picot - 29 juin 2022

APAISEMENT, ADAPTABILITÉ ET SENSORIALITÉ EN (PÉDO)PSYCHIATRIE

Dans le milieu psychiatrique, les pratiques soignantes ont depuis toujours été discutées et remises en questions. L'isolement d'un patient dans une pièce ou le fait d'avoir recours à la contrainte et à la contention sont utilisés quotidiennement mais divisent les opinions quant à leur efficacité et leur nécessité. Des alternatives commencent à voir le jour dans le but de diminuer ces pratiques voire de les remplacer. Ainsi, des espaces se développent mettant en avant l'hospitalité, l'apaisement et la sensorialité dans le but de redonner de la dignité, de l'autonomie et du pouvoir d'agir aux patients adultes comme aux patients enfants. Dans ce mémoire, nous proposons un cadre de réflexion théorique et pratique autour de ces espaces qui aident à prévenir la crise ou à la gérer, et de la manière dont le designer peut s'appropriier ces questionnements grâce à ses méthodes créatives et collaboratives.

Isolement - Contention - Espace d'apaisement - Espace
de retrait - *Empowerment* - Méthodes collaboratives